

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Année 1970

N° 22

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

[DIPLOME D'ETAT]

PAR

JEAN-PIERRE VERRIER

INTERNE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

NE LE 30 NOVEMBRE 1943 A CONTRES (LOIRET-CHER)

Présentée et soutenue publiquement le

25 Nov. 1970

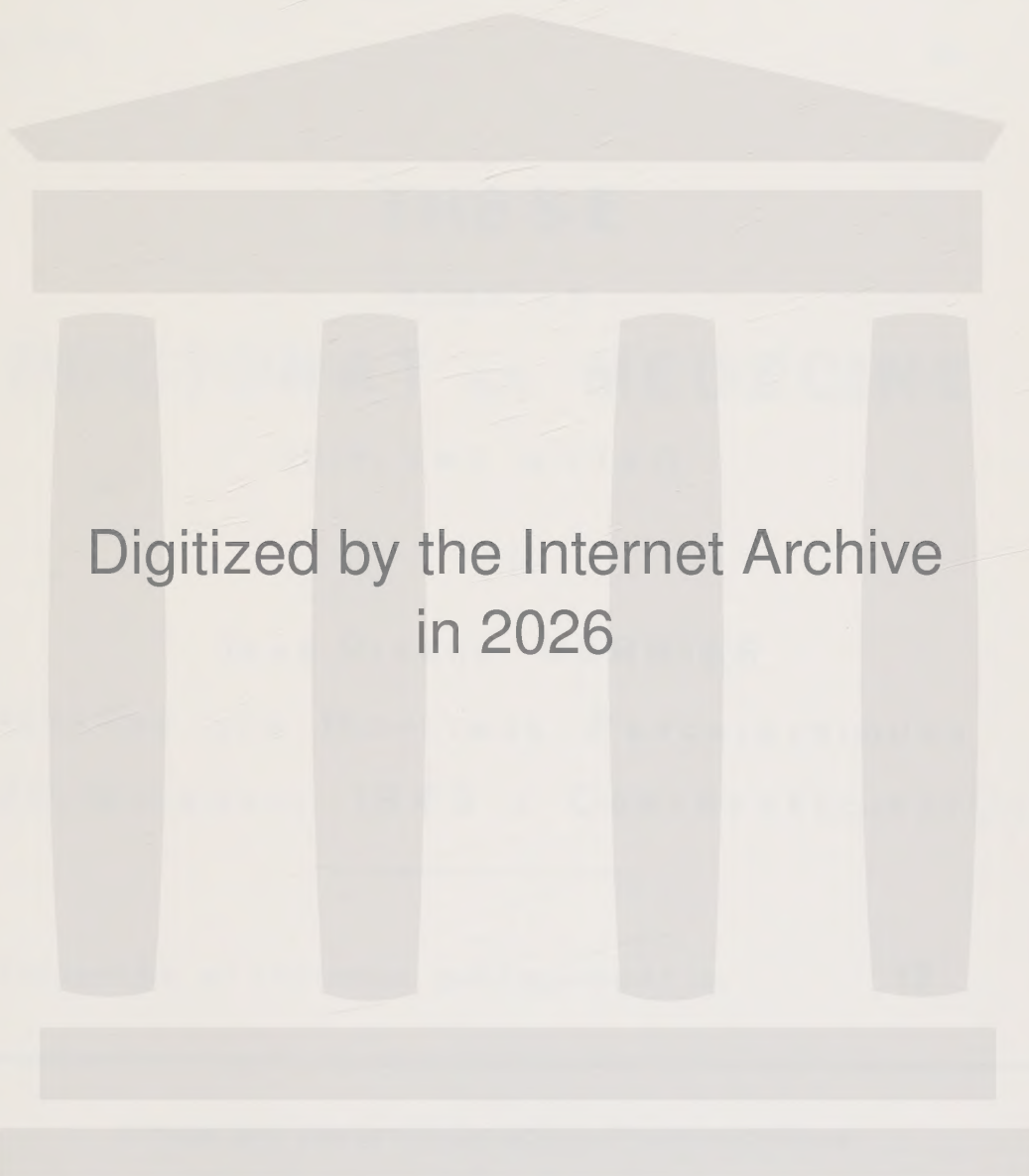
ETUDE SUR L'ADAPTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

DES ENFANTS DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

ANNEXE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE STE GEMMES SUR LOIRE (M&L)

[A PROPOS DE 630 SORTIES EFFECTUEES DE 1956 A 1968]

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAITRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0007

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Année 1970

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE [DIPLOME D'ETAT]

PAR

JEAN-PIERRE VERRIER

INTERNE DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

NE LE 30 NOVEMBRE 1943 A CONTRES (LOIRE ET CHER)

Présentée et soutenue publiquement le

19

ETUDE SUR L'ADAPTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

DES ENFANTS DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

ANNEXE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE STE GEMMES SUR LOIRE (M&L)

[A PROPOS DE 630 SORTIES EFFECTUEES DE 1956 A 1968]

PRESIDENT : M. MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAITRE

UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY

THESE

DOCTORAT IN MEDICINE

1871



1871

THESE

1871

THESE

THESE

FACULTE MIXTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Doyen Honoraire : Professeur ROUCHY
Professeurs Honoraires : MM. DAVID, ROUSSEAU, AMSLER

Le Président du Conseil Transitoire : L'Assesseur :
Mr J.C. RENIER Mr H. GERMAIN

I- PROFESSEURS
a) Professeurs Titulaires

MM. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJUBERT	Pharmacie Chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
PURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROUCHY	Clinique Obstétricale et Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique

b) Professeur titulaire à titre Personnel

HOCQUET

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	PARSY	D.R.L.
	PERTUS	Urologie
	REGNON	Chirurgie Générale

III - AGREGES

MM.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

MM.	ALLAIN	Pharmacologie
	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
	BONNIOT	Clinique Médicale B
	CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
Mme	CAVELLAT	Anesthésie-Réanimation
MM.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	EMILE	Neurologie
	FRESNEAU	Médecine Générale et Thérapeutique
	GIRAULT	Biochimie Médicale
	GROSIEUX	Clinique Gynécologique et Obstétricale
	HUREZ	Immunologie - Hématologie
	HUYGHUES-DESPOINTES	Biochimie Médicale
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	LARGET-PIET	Pédiatrie génétique
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie Générale
Mlle	PRELOT	Zoologie
Mlle	QUERO	Microbiologie
Mme	SCHNITZLER	Dermatologie-Vénéréologie
Mr	TADEI	Thérapeutique

Secrétaire de la Faculté..... Mr R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de
l'Université

Mme GALKOWSKI

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

Avec toute mon affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DELAITRE
Titulaire de la Chaire de Clinique
Médicale Infantile.
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

En remerciement pour le très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la Présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de
notre profond respect.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur EMILE
Maître de Conférence Agrégé
de Neurologie.
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur PERREAU
Titulaire de la Chaire
de Clinique Médicale A.
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur TADEI
Maître de Conférence Agrégé
de Médecine Générale
et de Cardiologie
Médecin des Hôpitaux.

Ils ont accepté de juger notre travail.
Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre gratitude.

A Monsieur le Docteur BOBE

Ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques
de la Seine.

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Qui a bien voulu nous conseiller
dans le choix du sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance.

A nos Maîtres du Centre Psychothérapique Départemental de Ste Gem-
mes sur Loire.

A Monsieur le Docteur MARTIN

Licencié ès Sciences.

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous lui devons l'éveil de notre intérêt
pour la Discipline Psychiatrique.
En témoignage de notre profonde
et respectueuse gratitude.

Aux Services Sociaux et à tous ceux
qui nous ont aidé dans la réalisation
de ce travail.

INTRODUCTION

Pourquoi une telle étude et quel est son intérêt ?

Nous répondrons avec M.C. HURTIG :

" - L'étude de l'adaptation sociale des débiles mentaux présente un double intérêt, théorique et pratique. Pratique, car elle apporte des éléments au problème très général des possibilités d'insertion sociale, de réhabilitation sociale des déficients et des handicapés. Théorique, car elle peut remettre en question toute une tradition psychiatrique et psychologique qui a fait longtemps identifier, plus ou moins explicitement, l'intelligence à l'adaptation sociale et définir l'arriération mentale par l'inadaptation sociale."

A propos de 630 sorties effectuées par l'Institut Médico Pédagogique, la Roche Morna, nous avons voulu réfléchir d'une part, sur certains facteurs d'adaptation socio professionnelle des enfants handicapés mentaux, d'autre part, sur l'action et l'intérêt d'une telle institution.

Nous développerons notre travail en trois parties :

- dans un premier temps, nous résumerons l'évolution des idées sur l'assistance aux enfants handicapés mentaux et les réalisations actuelles.
- une deuxième partie sera consacrée aux modalités du recueil des observations et à leur analyse.
- la discussion de ces observations et les réflexions qu'elles suggèrent, occuperont le troisième volet.

I ère PARTIE

CHAPITRE I

Pour résumer l'historique et l'état actuel du problème, nous nous inspirerons des écrits cités dans la bibliographie et surtout des Professeurs Kohler et Heuyer.

Dès le XVI ème siècle un Père Bénédictin, Ponce de Léon, tentait les premiers essais d'éducation des sourds-muets. Au XVIII ème siècle, Pereire fonda l'éducation sensorielle en remplaçant la parole par la vue et le toucher. C'est Itard en 1801 qui écrivit ce que l'on peut considérer comme le premier manuel de rééducation des arriérés : "De l'éducation d'un homme sauvage" à propos du célèbre "Sauvage de l'Aveyron".

Itard inspira Seguin qui fonda en 1895, la première école de rééducation. La collaboration de Seguin avec Itard puis Esquirol réalisa la première collaboration médico-pédagogique. Parallèlement, en Suisse, PESTALOZZI, qui doit être considéré comme un des plus grands reformateurs de la pédagogie, mettait en point son "éducation intuitive", et FREIBEL en Allemagne créait l'éducation "active".

BOURNEVILLE au XIX ème siècle continua d'appliquer les méthodes pédagogiques de SEGUIN dans son service de Bicêtre. Nous citerons aussi, J. DEWEY, aux Etats Unis, et M. MONTESSORI en Italie.

Puis vinrent BINET et SIMON dont les travaux fameux sont à la base des conceptions actuelles concernant la psychologie des enfants déficients intellectuels. Ils établirent "une échelle d'épreuves qui traduisait les écarts d'intelligence entre adultes arriérés" parmi les pensionnaires adultes de l'Asile de Porry Vaucluse. Ces épreuves furent ensuite distribuées, selon l'âge de réussite, par des enfants des écoles de Paris en cours régulier d'étude. Ce n'est que plus tard que furent définies les débilités mentales.

Le psychologue Allemand STERN calcula le rapport entre l'âge trouvé à l'échelle métrique de l'intelligence et l'âge réel. Il définit ainsi le Quotient Intellectuel, admettant sa valeur constante et pronostique pour l'avenir.

Les échelles de tests se sont multipliées et nous retiendrons celles de Terman, Gezell, Wechsler, Bellevue, Rey, Decroly, Piéron.

La psychanalyse, pour sa part, apporta un nouvel éclairage sur les possibilités psychothérapiques des déficiences intellectuelles et on connaît l'intérêt porté actuellement au problème de la "relation objectale".

C'est en 1909 que l'Education National créa les classes de perfectionnement pour les enfants arriérés,

comme on disait alors. Les arrêtés des 15 - 17 - 18 .. 25 Août de la même année définirent l'organisation, le programme, et les méthodes d'un enseignement spécialisé. Les arrêtés du 12 Août 1964 et du 24 Octobre 1965 ne sont que l'approfondissement et l'enrichissement des textes de 1909, dont on reconnaît qu'ils gardent toute leur valeur bien qu'ils soient plus que cinquantenaires.

" - Le moment semble venu de tirer la leçon de cette riche et longue expérience et de confronter cet enseignement avec les exigences du monde actuel, celles de la vie sociale et de la vie professionnelle cette confrontation générale apparaît d'autant plus nécessaire que la scolarisation des enfants et adolescents inadaptés est ressentie comme un devoir social".

En ce qui concerne la formation et la qualification du personnel enseignant, il existait dès 1909 un Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des enfants arriérés, puis un C.A.E. dans les écoles de plein-air ; ces deux certificats sont actuellement remplacés par un seul C.A.E. des enfants et adolescents déficients ou inadaptés.

Mais pour diverses raisons les réalisations qu'annonçaient la loi de 1909 resteront longtemps très limitées. En 1944, en effet, il n'existait que 274 classes de perfectionnement. Quant à l'examen médical semestriel, prévu par la loi, il n'avait pas été organisé systématiquement et ne l'est pas encore aujourd'hui. C'est après

la Seconde Guerre Mondiale que se développe l'enseignement spécialisé, l'opinion publique prenant conscience et se sensibilisant aux problèmes des enfants déficients.

La prolongation de la scolarité, jusqu'à seize ans (ordonnance du 6 janvier 1950), amena à créer un dispositif de classe-atelier soit sous forme de sections spécialisées, d' C.E.S. ou d'Ecoles Nationales de Perfectionnement (créées en 1951 et standardisées en 1957). La formation donnée dans ces institutions est en principe de deux styles successifs :

- 1) - un enseignement général et gestuel
- 2) - puis une formation préprofessionnelle.

Au cours du cinquième Plan (1965 - 1970) 70 E.N.P. doivent s'ajouter aux dix qui existaient en 1965 et 300 sections spécialisées seront mises en place. Malgré l'important effort entrepris les besoins seront encore loin d'être satisfaits.

Quant aux Instituts Médico Pédagogiques, née de nécessités familiales et thérapeutiques, obligeant à mettre les enfants en internat, ils furent créés par l'annexe 24 du décret du 9 Mars 1956 qui les régit encore aujourd'hui.

Dans le domaine social Madame SPITZER introduisait en France, en 1919, les Assistantes Sociales

selon le modèle des "Social Workers" américains, Les vastes enquêtes de LEWIS, MEYER et ZAZZO, permettent de dégager l'ampleur du problème d'assistance à l'Enfance Inadaptée.

En France la condition peu satisfaisante des déficients intellectuels s'améliore grâce "à la loi Cordonnier élargie par l'Aide Sociale et les dispositions progressivement compréhensives que prennent les Caisses de Sécurité Sociale". Il faut souligner aussi l'action d'organismes semi-privés, les Associations Régionales et Départementales pour la Sauvegarde de l'Enfance, dont le rôle de coordination et de promotion des initiatives concernant les inadaptés, est très profitable. De même, l'Union Nationale des Association de Parents d'Enfants Inadaptés. Diverses nécessités ont amené la formation de Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées, intégrées au niveau national, dans le Centre Technique National pour l'E.A.I. qui dépend du Ministère des Affaires Sociales.

Et le Docteur KOHLER de conclure : "Il reste que, dans le monde que nous connaissons, en cette seconde moitié du XXème siècle, tous les efforts en faveur des déficients intellectuels semblent bien modestes, comparés à l'urgence des malheureux cas individuels dépistés chaque jour dans les consultations spécialisées et au poids que leur nombre croissant représente pour la société."

CHAPITRE II

Le deuxième chapitre est destiné à situer numériquement l'ampleur du problème de l'Enfance Inadaptée tant sur le plan national que sur les plans, régional et départemental.

Les chiffres et les statistiques avancés sont le résultat des travaux de l'Inter groupe de l'Enfance Inadaptée au Commissariat Général au Plan d'Equipement, composé de représentants de l'Education Nationale, de la Justice et des Affaires Sociales ; ces données nous ont été fournies par le C.R.E.A.I. de Nantes.

Le tableau de la page 14 résumera la situation et les besoins au plan national. Il est emprunté à la revue : "Nos Enfants Inadaptés", Numéro Spécial 1967.

L'Inter groupe a admis comme base de calcul une population juvénile de 12 300 000 représentant les tranches d'âge de 5 à 19 ans, dont le volume, d'après l'I.N.S.E. doit être constant au cours de la période 1965 - 1970.

Il n'existe pas de statistiques officielles concernant le nombre d'enfants inadaptés de 0 à 5 ans, ni d'adultes âgés de plus de vingt ans. On estime ces derniers à 200 000 environ. En ce qui concerne les déficients mentaux, on peut dire, compte tenu des chiffres retenus par l'Inter-groupe, que 1 000 000 de sujets de tous âges sont atteints à des degrés divers.

Dans la région des Pays de la Loire, on admettait en 1962, pour la population comprise entre 5 et 19 ans, les chiffres suivants :

- Maine et Loire : 158 583 jeunes (80 447 G. et 78 136 F.)
- Mayenne : 68 938 "
- Loire Atlantique : 221 237 "
- Sarthe : 126 844 "
- Vendée : 114 096 "

Compte tenu de la population d'enfants et d'adolescents inadaptés admis, au plan national dans cette tranche d'âge, on peut conclure qu'il existe dans la région trois approximativement :

- Débiles légers : 244 955
- Débiles moyens : 6 900
- Débiles profonds : 5 175
- Arriérés profonds : 1 715
- Caractériels : 34 500

- Infirmes moteurs	:	2 375
- Aveugles et amblyopes	:	918
- Sourds complets	:	414
- Mal entendants	:	115 180
- Troubles du langage	:	22 080

Quelles sont sur le plan départemental les structures d'assistance aux enfants déficients intellectuels ? Nous allons passer en revue les différents services et établissements spécialisés pour déficients mentaux en indiquant sommairement leur recrutement et leur effectif :

1) - Centres de Consultations d'Hygiène Mentale et de Neuropsychiatrie Infantile de Maine et Loire :

Angers, Baugé, Cholet, Longué, Saumur, Segré,

2) - Centre Psychothérapique Départemental de Ste Gemmes :

Débiles profonds et inéducables.

Effectif : environ 150.

3) - Institut Médico Pédagogique de la Roche-Morin.

4) - L'I.M.Pro. de Perray-Jouannet et l'Etang :

Débiles moyens. QI : 0,55 - 0,75. Internat.

Effectif : 70

5) - L'I.M.P. (A.M.I.) Cholet :

Débiles moyens. QI : 0,50 - 0,70.

Semi-internat.

- 6) - L'I.M.Pro. (A.M.I.) Cholet :
Effectif : 140
- 7) - L'I.M.P. Papillons Blancs. Cholet :
Débiles moyens et profonds. Internat et
semi-internat. Effectif mixte : 100.
- 8) - L'I.M.P. Papillons Blancs. Segré :
Débiles moyens et profonds. Internat et
semi-internat. Effectif : 45.
- 9) - L'I.M.P. Papillons Blancs. Bagnoux :
Débiles moyens et profonds. Semi-internat.
Effectif : 60.
- 10) - L'I.M.P. Papillons Blancs. La Pommeraye :
Débiles moyens et profonds. Semi-internat.
Effectif : 30.
- 11) - L'I.M.P. Papillons Blancs. Baugé :
Débiles moyens et profonds. Semi-internat.
Effectif : 30.
- 12) - L'I.M.Pro. Papillons Blancs. Les Ponts de Cé :
Débiles moyens et légers. QI : 0,50 - 0,75.
Semi-internat. Effectif prévu : 150
- 13) - L'I.M.P. La Chalouère. Angers :
Débiles profonds, P.C., pré-psychoses
Effectif : 100.
- 14) - Maison d'Enfants de la Tremblaye. Moigné sous Doué :
Débiles et arriérés profonds. Internat.
Effectif : 76.

- 15) - Etablissement de Jaslesnes. Vernantes :
Débiles profonds. Internat : 34.
- 16) - L'I.M.P. de Gragalou. Première :
Débiles moyennes. QI : 0,50 - 0,60.
Semi-internat et internat. Effectif : 56.
- 17) - L'I.M.P. de Briangon. Bruné :
Débiles moyens et légers. QI : 0,60 - 0,81.
Internat. Effectif : 50.
- 18) - L'I.M.Pro. Hôpital de Beaufort en Vallée :
Débiles moyens et légers. QI : 0,65 - 0,75.
Effectif : 60.
- 19) - L'I.M.P. et la Chaussée. St Lambert la Potherie :
Reconversion d'un asrhm en I.M.P. pour
100 débiles moyens et légers. QI : 0,65 - 0,85.
Internat.
- 20) - Ecole Nationale de Perfectionnement. St Barthélémy :
Environ 120 enfants.
- 21) Classes de Perfectionnement. (I.M.P. exclus) :
Education Nationale :
Classes - G. : 26 F. : 21 Total : 47
Enfants - G. : 300 F. : 315 Total : 615

Enseignement privé :
Classes - G. : 11 F. : 15 Total : 26
Enfants - G. : 165 F. : 225 Total : 390.

Nous ne mentionnerons pas, bien que leurs problèmes soient liés dans une certaine mesure à ceux des déficients intellectuels et malgré leur intérêt et leur diversité,

- ni les services et établissements spécialisés pour handicapés physiques et sensoriels, par exemple instituts pour aveugles, sourds, maisons d'enfants pour énurétiques, Centre pour paralitiques....

- ni les services et établissements pour enfants souffrant de troubles du comportement et de la conduite, tels les Centres d'Observation, les foyers de semi liberté, les foyers du Bon Pasteur....

La lecture de ces quelques chiffres et statistiques montre à l'évidence :

- l'actualité et la gravité du problème de l'Inadaptation.
- les efforts fournis tant sur le plan public que privé pour prendre en charge ce lourd problème.

Cependant d'ores et déjà on peut dire que "dans les meilleures conditions, un déficient mental sur trois seulement, trouvera, fin 1970, une solution à son problème".

IMPORTANCE DE LA POPULATION JUVENILE ET INFANTILE INADAPTEE DE 5 à 19 ans

NATURE DE L'INADAPTATION	% PAR RAPPORT A LA POPULATION JUVENILE	REPARTITION DES COMPETENCES		NOMBRE DE PLACES EXISTANTES		EVALUATION NUMERIQUE DES INADAPTES
		EDUCATION NATIONALE	AFFAIRES SOCIALES	- 14 ans	+ 14 ans	
DEFICIENTS MENTAUX :						
Débiles légers simples.....	3	0		52,905	1,973	54,878
Débiles légers avec troubles associés.....	0,55	0,25	0,30	7,992	4,992	12,984
Débiles moyens.....	1	0,35	0,65	13,253	6,995	20,248
Débiles profonds.....	0,75		0,75	9,009	4,427	13,436
Arriérés profonds.....	0,25		0,25			
TOTAUX.....	5,55	3,60	1,95	83,159	12,387	95,546
DEFICIENTS MOTEURS.....	1,175	0,70	0,475	3,639	2,820	6,459
DEFICIENTS SENSORIELS.....	0,157	0,12	0,037	7,017	3,614	10,631
ENFANTS présentant DES TROUBLES DU COMPORTEMENT et de la CONDUITE	5			8,968	21,310	30,278
						615,000

CHAPITRE III

"L'institut Médico-Pédagogique représente le noyau autour duquel se structure encore maintenant l'essentiel des moyens de rééducation des enfants inadaptés ; ceci pour des raisons historiques, techniques et administratives.

Historiquement, c'est une notion qui s'est dégagée d'elle même dans le sein du chaos le plus archaïque : l'Asile. Dans la mesure où l'hôpital recueillait la plus grande part de ces enfants déshérités, il est venu de longue date, à des médecins attentifs, le désir d'organiser une aide pédagogique à leurs jeunes malades. C'était donc à l'origine une inspiration médicale, sous tendue par une étroite pédagogie.... En 1962.... ce fut, alors, l'inspiration pédagogique laissant parfois l'aspect médical insuffisant.

L'élaboration des techniques allait donc secondairement se réunir en un carrefour réellement médico-pédagogique où les différents moyens seraient représentés de façon valablement proportionnelle pour prendre en charge l'éducation, la rééducation, les soins et la pédagogie du jeune déficient intellectuel. L'institut Médico Pédagogique était créé, sa structure clairement définie dans l'annexe 24 du décret du 9 Mars 1965.

C'est donc, administrativement, la création la plus anciennement et la plus clairement définie, et ce n'est pas là une de ses plus négligeables particularités. C'est en tout cas un des éléments solides de sa réussite et de son développement....

C'est autour de lui, que dans une sorte de halo sont apparues, peu à peu les autres organisations : I.M.Pro., C.M.P.P., Hôpital de Jour, Atelier d'Aide par le Travail.... bien souvent en référence à l'"I.M.P."

Cette longue citation du Dr. BOIGE résume parfaitement l'historique de la création des I.M.P.

Il en va un peu de même pour la Roche-Morna. Avant sa création, les enfants atteints d'affection neuro-psychiatriques diverses étaient internés sous le régime de la loi de 1838, à l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes sur Loire.

Là, quelques infirmiers et religieuses dévoués, pédagogues improvisés, tentaient de leur apprendre des notions scolaires élémentaires. Par la suite fut nommé un instituteur. Le 1er Mai 1954 s'ouvrit une section d'éducables situés "Extra-muros" à l'emplacement de l'actuel I.M.P., c'est à dire, 2 kilomètres en aval de Ste Gemmes, sur une propriété acquise par le département en 1959, avec un effectif de 43, sélectionné parmi les garçons des pavillons "internes", Hagen, Seguin....

Les filles furent admises au nombre de 18, au 31 Octobre 1956, et c'est à cette date que l'établissement commença à fonctionner réellement. L'effectif des garçons était alors de 62. En 1958, s'ouvrait pour des enfants la colonie de vacances de St Jean de Monts en Vendée.

Comment fonctionne actuellement l'I.M.P.

"Le Rocher Morné" ?

Pour en avoir une idée approchante, voyons le règlement intérieur :

Article 1 : Le service des enfants mentalement déficients, dépendant de l'I.M.D. de Ste Gennes sur Loire, cessera, à partir de la date d'approbation du présent règlement, d'être soumis aux dispositions de la loi du 31 Juin 1838.

Article 2 : La capacité est de 120 lits pour garçons et 60 lits pour filles.

Article 3 : L'affectation dans une section déterminée ou la mutation d'une section à une autre sera prononcée par le médecin Chef du service selon le quotient intellectuel de l'enfant et les nécessités médicales.

Article 4 : Le Centre reçoit les enfants des deux sexes de 5 à 16 ans. Il reçoit par priorité les enfants ayant leur domicile de secours en Maine et Loire et, suivant les places disponibles les enfants des autres départements.

Actuellement les admissions se font exclusivement par l'intermédiaire des consultations de neuro-psychiatrie infantile dans les dispensaires d'hygiène mentale, après examens médical, psychologique et social.

Limites de PI : 60 à 120.

Article 6 : Toutes les admissions seront prononcées à titre provisoire pendant un mois. L'admission définitive, qu'après une période d'observation afin d'éviter le maintien, dans le Centre, d'enfants qui ne pourraient retirer aucun bénéfice de leur séjour.

Article 7 : La sortie de l'enfant est prononcée par le Directeur, après accord du Médecin Chef du service, ou sur expression de la volonté formelle des parents ou tuteurs.

Article 9 : Le personnel appelé à participer au fonctionnement du Centre comprend, sous l'autorité d'un Médecin Chef du Cadre des Hôpitaux Psychiatriques :

- un éducateur chef, une psychologue, une assistante sociale, des éducateurs, des monitrices, des infirmières, du personnel de service.

Article 14 : Un instituteur est chargé de la direction pédagogique.... Le Médecin Chef est responsable des réunions de synthèse auxquelles doit participer l'ensemble du personnel social, enseignants et éducateurs, qui s'est occupé de l'enfant dont le cas est étudié lors de la réunion.

Quelques précisions complémentaires permettront de nuancer les caractéristiques pré-citées de cette institution.

Bien que les enfants n. soient plus internés sous le régime de la loi de 1838, l'I.A.P. est un rouage d'un ensemble hospitalier de plus de 2000 lits, au long passé asilaire. Il en résulte un manque de souplesse du fonctionnement.

Plusieurs Médecins Chefs se sont succédés à la tête de l'établissement, y imprimant chacun sa marque personnelle, si bien que l'on pouvait noter dans un rapport du Directeur Départemental de la Population et de l'Aide Sociale de Seine-et-Loire :

".... les enfants admis.... sont des caractériels intelligents, des enfants inadaptés, déficients mentaux léggers au comportement perturbé par des causes affectives...." En réponse on lisait : ".... il semble qu'il y ait un glissement du recrutement vers les catégories d'enfants déficients mentaux les moins atteints, ce qui ne paraît regrettable étant donné les possibilités dont disposait au départ cet établissement, en regard des besoins de notre pays pour débiles moyens et profonds. Le fait que ce Département se préoccupe de donner un statut aux éducateurs, gage de son désir d'assurer un fonctionnement régulier et stable de cet I.A.P., n'est une raison de plus de regretter ce glissement...."

Il existe de grandes difficultés pour le recrutement de personnel spécialisé dans plusieurs catégories notamment de moniteurs éducateurs qualifiés.

"La Roche Morna" ainsi remplacée dans son évolution et dans son cadre actuel, il nous sera plus facile de comprendre et d'analyser les observations de cette étude.

CHAPITRE IV

DECLARATION DES DROITS DU DEFICIENT MENTAL

Attendu que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, adoptée par les Nations Unies, proclame que tous les êtres humains, sans aucune distinction, jouissent de droits égaux et inaliénables de dignité humaine et de liberté,

Attendu que la Déclaration des droits de l'enfant, adoptée par les Nations-Unies, proclame les droits de l'enfant handicapé physiquement, mentalement ou socialement, au traitement, à l'éducation et aux soins requis par son état,

La Ligue Internationale des Associations d'Aide aux Handicapés Mentaux proclame les droits généraux et particuliers du Déficient Mental comme suit :

Article I : Le déficient mental a les mêmes droits fondamentaux que les autres citoyens du même pays et du même âge.

Article 2 : Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés à son état, ainsi qu'à l'éducation, à l'instruction, à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes, quelle que soit la gravité de son handicap. Aucun déficient mental ne doit être privé de cette assistance en raison de la charge financière qu'elle représente.

Article 3 : Le déficient mental a droit à la sécurité économique et à un niveau de vie décent. Il a le droit d'accomplir un travail productif ou d'exercer toute autre occupation utile.

Article 4 : Le déficient mental a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant, de participer à toutes les formes de la vie communautaire et de s'abonner à des activités récréatives compatibles avec son état. Si son placement en établissement spécialisé est nécessaire, le milieu et ses conditions de vie devront être aussi proches que possible de ceux de la vie normale.

Article 5 : Le déficient mental doit pouvoir bénéficier d'une tutelle qualifiée lorsque cela est indis-

pensable à la protection de sa personne et de ses biens. Toute personne, intervenant directement dans le traitement ou l'hébergement du déficient mental ne peut se voir confier de fonction tutélaire.

Article 6 : Le déficient mental doit être protégé contre toute exploitation, abus ou traitement dégradant. S'il est l'objet de poursuites, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de son degré de responsabilité.

Article 7 : Etant donné la gravité de leur handicap, certains déficients mentaux ne sont pas capables d'exercer effectivement l'ensemble de leurs droits. Pour d'autres, une limitation de ces droits ou même leur suppression peut être nécessaire. La procédure utilisée aux fins de cette limitation ou de cette suppression devra préserver légalement le déficient mental, contre toute forme d'abus. Elle sera fondée sur une évaluation, par des experts qualifiés, de ses capacités sociales. Cette limitation ou suppression des droits sera soumise à des révisions périodiques et préservera un droit d'appel à des instances supérieures.

Par dessus tout l'arriéré mental a droit au respect.

IIème PARTIE

CHAPITRE I

Pour recueillir les observations et les renseignements nécessaires à notre étude, nous avons tout d'abord relevé la liste des inscrits sur le registre administratif ; il débutait à l'année scolaire 1956 - 1957. D'autre part nous avons dépouillé systématiquement les dossiers médicaux des archives.

Tout de suite il faut faire une première remarque :

- les sorties de l'année scolaire 1955 - 1956 ont été négligées et nous ne les avons pas retrouvées. On pourra nous objecter qu'elles ne sont pas très utiles car à cette date l'établissement n'était pas encore structuré, qu'il ne s'y trouvait que des garçons Nous rapporterons cependant une intéressante observation de cette période, retrouvée fortuitement, qui aurait pu passer sous silence.

- de plus, il n'y a pas une concordance parfaite entre le nombre de dossiers médicaux et le nombre d'enfants portés sur les registres : pour des motifs que nous ignorons, les noms de certains dossiers n'étaient pas portés sur le registre et inversement.

Le chiffre de 630 sorties n'est donc pas tout à fait exact à quelques unités près. D'autant plus que se sont incorporés des cas pour lesquels le séjour fut très bref, de l'ordre de quelques jours ; par exemple : enfants retirés par les parents contre avis médical, changement d'orientation vers d'autres sections etc....

Pour l'enquête proprement dite, nous avons dressé un questionnaire (voir page 26) qui nous semblait assez succinct pour permettre des réponses rapides, suffisamment précis pour cerner d'aussi près que possible l'adaptation socio professionnelle, tout en permettant à l'enquêteur de formuler son opinion. Nous avons mentionné chaque fois la dernière adresse connue des parents, ou du tuteur légal. Les assistantes sociales de chaque secteur ont bien voulu accepter de remplir ces fiches après enquête à domicile. La durée de cette enquête a oscillé de quelques semaines à quelques mois pour de multiples raisons. Nous aurions souhaité une période d'un an, pour permettre d'augmenter le nombre de cas, de compléter certaines observations et vérifier certains renseignements.

Nous n'avons pas retenu la solution d'une enquête par questionnaire adressé, sous forme de circulaire, aux familles, pensant que les contacts directs apportaient des détails plus précis et plus sûrs.

CENTRE MEDICO-PEDAGOGIQUE DE LA ROCHE MORNA

NOM :

PRENOM :

DATE & LIEU DE NAISSANCE :

ENTREE au C.M.P. le :

DERNIERE ADRESSE CONNUE :

ADAPTATION DANS LA FAMILLE A LA SORTIE DU C.M.P. :

SITUATION PROFESSIONNELLE : Apprentissage :

Employeurs successifs :

Profession actuelle et salaire :

Comportement professionnel :

SERVICE MILITAIRE : OUI NON Motifs d'exemption :

SITUATION FAMILIALE : Marié : OUI NON Enfants :

CURRICULUM JUDICIAIRE :

SANTE : Maladies physiques :

Maladies nerveuses : (Est-il suivi en O.H.M. ou A.M.O.... ?)

Hospitalisations :

RENSEIGNEMENTS DIVERS. IMPRESSION GLOBALE SUR L'EVOLUTION DEPUIS LA

SORTIE DU C.M.P. LA FAMILLE EST-ELLE SATISFAITE DU NOM DU PLACEMENT ?

Personnellement nous avons trouvé bon nombre de nos anciens pensionnaires à l'Hôpital Psychiatrique Départemental, à la Maison d'Arrêt du Pré-Pigeon, au cours de consultations d'Hygiène Mentale.

Enfin bien des précisions sur ces enfants nous ont été données par les moniteurs-éducateurs et le psychologue de l'I.M.P. qui reçoivent régulièrement la visite de certains d'entre eux.

Ainsi nous possédons des données sur 286 cas, deux autres étant décédés accidentellement peu après leur sortie.

Que penser de ce chiffre ?

Est-il médiocre ? Oui si l'on considère que la moitié de notre population n'a pas été interrogée, que l'on a retrouvé surtout les mauvais cas....

Nous pensons pour notre part, compte tenu des difficultés et du style de l'enquête (changements d'adresse fréquents, ancienneté des premières sorties) que ce chiffre est important et peut être considéré comme satisfaisant et valable statistiquement.

CHAPITRE II

Nous ne pouvons à l'évidence rapporter dans le détail chaque observation. Nous ne donnerons, année par année, que celles nous apparaissant comme significatives.

ANNEE 1955

Cette année n'est pas intégrée dans notre étude, pour des raisons indépendantes de notre volonté. Nous ignorons le nombre de sortants et leurs caractéristiques. Par hasard nous avons retrouvé deux cas, que nous aurions classés : mauvaise adaptation socio-professionnelle globale.

C.... Jacques : ayant évolué vers une dissociation schizophrénique.

C.... Michel : dont nous emprunterons l'observation aux Docteurs HENRY, PASQUIER, LARGET PIET. In Annales Médico-Psychologiques. Paris 12, 127ème année, p. 193 à 200.

"Certaines difficultés d'adaptation, certaines conduites sociopathiques, certains comportements anormaux peuvent-ils correspondre à des anomalies cellulaires, à une mauvaise répartition chromosomique ?

C.... Michel : âgé de 26 ans, incarcéré après attentat aux mœurs, il est examiné à la maison d'arrêt d'Angers pour expertise médico-légale ; il est placé ensuite au centre psychothérapique départemental après examen génétique envisagé devant les récidives délictueuses, le caractère clinique et l'aspect physique du sujet.

Cliniquement, c'est un sujet de grande taille, mesurant 1,82m, et de type morphologique athlétique. Il pèse 85 kilos. L'examen crânio-facial révèle une asymétrie associée à un grand développement du maxillaire inférieur.

Cette asymétrie est nette au niveau de la région frontale. La région sus-orbitaire gauche est bombée dans sa partie interne. Cette protrusion s'étend en hauteur sur toute la moitié inférieure de la région frontale. Il n'existe pas de trigonocéphalie. Les fentes palpébrales sont arrondies et petites. La gauche est plus basse que la droite. Les sourcils sont triangulaires, la queue du sourcil est allongée. L'ensellure nasale est accentuée. Le nez est rectiligne, son extrémité est arrondie, sa partie antérieure est élargie.

La distance entre la sous-cloison nasale et la lèvre supérieure est grande. Les piliers du philtrum sont bien individualisés. La bouche a un contour mal dessiné. Les lèvres sont horizontales. Le maxillaire inférieur est augmenté de volume dans sa totalité. La fossette du menton est bien visible.

Les oreilles sont grandes et décollées. L'oreille droite a un grand axe vertical. L'hélix est bien ourlé, sa racine antérieure est oblique en bas et en arrière. Le sillon antérieur est net. L'anthélix a une courbure irrégulière, sa racine postérieure est réduite. La fossette naviculaire est arrondie ; le tragus est mal individualisé. L'échancrure est peu profonde. A gauche, l'anthélix est mieux dessiné, sa racine postérieure est arrondie. Il n'y a pas de saillie du tragus. La face postérieure de cette oreille est en "jante de roue".

Un début de calvitie à la jonction fronto-temporale est visible. Il n'y a pas de myopie.

L'examen du faciès révèle un "aspect massif" et asymétrique ; le cou est court ; il n'existe pas de gynécomastie. La distance biacromiale est voisine de 40 cm. La distance bitrochantérienne est de 34 cm. L'envergure est voisine de 1,95 m. La verge et les testicules sont de taille normale. La pilosité axillaire et pubienne est normalement développée.

L'examen cardio-vasculaire révèle des bruits de coeur normaux, un pouls régulier, une tension artérielle à 13,8. Les artères sont bien perçues. L'électrocardiogramme est strictement normal. L'examen neurologique est entièrement négatif : réflexes, motilité ne sont pas modifiés.

L'étude biographique du sujet révèle une instabilité psychomotrice précoce.

Né en 1941, dans un milieu ouvrier de Cholet, il est le quatrième d'une fratrie de dix enfants, tous bien portants.

Son développement psychomoteur est normal. On note une énurésie jusqu'à onze ans et un léger bégaiement.

A l'école, indiscipliné et batailleur, souvent puni, il évite la classe ou fugue ; son opposition fréquente, ses colères violentes incitent les parents à le placer en centre d'observation où, pendant trois mois, son comportement s'améliore ; mais la reprise des troubles, dès son retour en milieu scolaire normal, entraîne un nouveau placement à l'institut médico-pédagogique de "la Roche-Morna" pour un séjour plus long, soit de douze à quatorze ans.

Dans cet établissement, l'enfant est considéré comme un instable caractériel, parfois opposant et boudeur, parfois agressif, "assez attiré par les expéditions clandestines au dénichage des oiseaux et commet quelques farces de plus ou moins bon goût".

Les résultats scolaires sont assez satisfaisants avec un niveau cours moyen 2ème année, un quotient intellectuel proche de la normale.

A quatorze ans et demi, un essai de trois mois comme apprenti-charcutier aboutit à un échec et à un nouveau placement dans un centre de semi-liberté d'où il sort à l'âge de dix-huit ans avec un C.A.P. d'horticulteur. Cependant, il préfère travailler comme ouvrier agricole et change trois fois d'employeurs avant son service militaire.

Dans l'armée, il semble se stabiliser ; son comportement ne donne lieu à aucune sanction grave, mais le retour à la vie civile se solde par une instabilité professionnelle flagrante avec de grosses difficultés d'adaptation.

Depuis trois ans C.... se rend coupable de trois attentats aux mœurs qui lui valent des condamnations à trois et six mois de prison, pour la dernière affaire récemment jugée, il est condamné à dix-huit mois d'emprisonnement.

Sur le plan psychiatrique, C.... est un sujet lucide, aux possibilités intellectuelles normales : son quotient intellectuel est de 107 au Wechsler avec un quotient intellectuel de performance de 109 ; les tests manuels révèlent un niveau inférieur à la moyenne avec lenteur d'exécution mais assez bonne précision.

Il n'est enregistré aucun phénomène psycho-sensoriel ni aucune idée délirante.

Dans le domaine affectif et caractériel, deux signes sont retrouvés tant à l'examen clinique qu'aux tests de personnalité : l'affectivité très labile et, surtout une très forte impulsivité sans possibilité de contrôle. Ses préoccupations sont puérils : il affectionne tout particulièrement la chasse aux moineaux avec une fronde ; on observe, chez lui, un fond d'agressivité, une attitude désinvolte et des réactions de bouderie.

Dans sa vie habituelle, il a tendance à s'isoler n'a pas de camarades passe plus volontiers ses dimanches à la maison qu'aux distractions de son âge.

Ses relations féminines sont rares. Son activité sexuelle réduite, il n'aurait pas de maîtresse et n'aurait jamais eu de rapport hétéro-sexuel ; il aurait fréquenté une jeune-fille pendant quelques mois, de façon platonique. Aucune tendance homosexuelle, aucune déviation ni perversion ne semblent devoir être retenues ; la masturbation n'est pas particulièrement fréquente.

L'examen du caryotype réalisé à partir du sang périphérique a permis d'étudier 30 mitoses. Elles sont toutes portuses d'une anomalie homogène. Le caryotype est 47 XYY.

ANNEE 1956

Cette année sont sortis 13 enfants, parmi lesquels :

C.... Jacky - 14 ans : Certificat médical à l'entrée : Instable psycho moteur ; caractériel en opposition avec le milieu familial. QI : normal. A la sortie, il avait été conseillé aux parents de l'orienter vers la peinture automobile. Durée du séjour : 1 an. Actuellement travaille comme ouvrier horloger ; bonne adaptation socio professionnelle d'après un ancien éducateur.

G.... Michel - 16 ans : A l'entrée : arriération scolaire. QI : limite. Carence éducative fondamentale. Enfant naturel, orphelin de mère. Lourde hérédité psychopathique bilatérale. A la sortie, le niveau scolaire est proche du C.E.P. Séjour d'un an. Actuellement, travail dans une usine d'appareils radio électriques. Marié, Bonne adaptation socio professionnelle (I) globale.

L.... René - 9 ans : A l'entrée : instable psycho moteur caractériel. Foyer dissocié. En octobre 1963 fracture du crâne accidentelle. Réformé du service militaire. En 1966 : graves séquelles motrices de cette fracture. Surdité gauche, diminution du champ visuel. Placé dans un centre de F.P.A. section serrurerie. Devient emballer dans une usine de textile, d'où il est renvoyé pour troubles du comportement. Mauvaise A.S.P. globale.

(I) A.S.P. : Adaptation socio professionnelle.

V..... Louis : Né en 1941

1er internement du 11.3.1950 au 16.3.1951.

2ème internement du 14.12.1951 au 6.12.1956.

Placé antérieurement à la "Roche Morna" dans deux autres institutions pour instabilité caractérielle. QI : normal. Les parents sont alcooliques et violents. Un grand-père est épileptique. A la sortie, devient apprenti pâtissier pendant six mois ; quitte son employeur parce qu'il ne s'entend plus avec lui. En octobre 1958, entre dans un centre F.P.A. section apprenti plâtrier ; est arrêté pour vol de 13 voitures avec deux anciens camarades. En 1959 nouvelle inculpation pour vol. Mauvaise A.S.P.

R..... Sylvain : Né en 1941

A l'âge de quatre ans il avait été hospitalisé à l'H.P. de Niort, pour énurésie, encoprésie, colères.

1er placement au pavillon Seguin de Mai 1950 à Mai 1953

2ème placement de juillet 1953 à septembre 1956.

Le certificat d'entrée notait : Débile mental caractériel qui n'a pu se réadapter dans le milieu familial ; est re-devenu agressif vis à vis de sa famille. Le père est un débile mental syphilitique, la mère est également atteinte, un grand-père a été interné. QI : 83.

Trois mois après sa sortie de l'I.M.P. il est admis dans un service d'adultes, pour troubles du comportement, violences alcoolisme, alors qu'il avait été très amélioré. Il passe ainsi 7 ans pendant lesquels il ne voit pas ses parents, à l'exception d'un congé d'un mois. Au début il se montre opposant, taquin, fréquente les éléments pares-

seux, l'affectivité est impulsive, les contacts sociaux sont très faibles et limités. Progressivement son comportement s'améliore, il fait preuve de méthode et d'organisation. En mai 1964, il travaille à la ferme de l'Hôpital pour préparer sa prochaine sortie qui a lieu en août. Il est alors placé comme ouvrier agricole, mais il ne peut s'adapter aux rudes conditions de ce travail. Il maigrit de 7 kilos en 3 mois. Il réintègre l'H.P. dont il sort en mars 1966, engagé aux carrières de Bécon.

Depuis cette date, il est resté stable dans cet emploi ; il s'est marié avec une malade qu'il avait connue à l'Hôpital il prend des vacances en Angleterre, et écrit régulièrement au médecin pour donner de ses nouvelles. Avec un recul de quatre ans, on peut dire qu'il s'agit d'une bonne A.S.P.

ANNEE 1957

Nombre de sorties : 23

D..... Michel - 15 ans : A l'entrée : petit débile mental, retardé scolaire, caractériel, pré délinquant, opposition au milieu, coléreux, menteur, commet de nombreux larcins. Paraît indifférent, insensible, n'est prisé aucune affection. Foyer dissocié, carence éducative. Durée du séjour : un an. A fait un apprentissage de maçon. Actuellement marié. Impression de l'éducateur : bonne A.S.P.

B..... Yves - 14 ans : A l'entrée : débile mental épileptique, retardé scolaire, troubles du caractère et du comportement. Victime il y a 1 an d'un attentat à la pudeur. Grand-mère épileptique. Durée du séjour : 3 ans. Actuellement travaille dans un établissement horticole. A des responsabilités. Très bonne A.S.P.

C..... Jean - 14 ans : A l'entrée : débile mental retardé scolaire, instable psycho moteur, caractériel. QI : au Binet Simon : limite. Père alcoolique psychopathe. Durée du séjour : 3 ans. A la sortie, est employé chez un pépiniériste, est toujours chez le même employeur. Bonne A.S.P.

R..... Jean-Pierre - 15 ans : A l'entrée : instable caractériel, violent, agressif. Orphelin de père. QI : normal. Durée du séjour : 2 ans. A la sortie, placé en centre d'apprentissage en section serrurerie. Il est renvoyé. Placé ensuite chez un charron : renvoi au bout de quelques mois. La mère revient demander conseil à l'I.M.P. afin de placer d'urgence son fils dans une section de rééducation, craignant la délinquance. Aux dernières nouvelles on apprend qu'il est employé dans une entreprise de dragage. Marié ; a 3 enfants. Nous le classons : bonne A.S.P.

B..... Vincent - 12 ans : Placé à l'I.M.P. pour déficience mentale, ne savait ni lire ni écrire. QI : 82. Parents divorcés, alcooliques, syphilitiques. Durée du séjour : 1 an. A la sortie est placé comme apprenti boulanger pendant 3 ans. Il n'obtient pas le C.A.P. Il trouve une place chez un boulanger de Paris qui le garde 9 mois et le congédie à cause de ses crises d'épilepsie. Il revient à Saumur où il vend des savonnets à domicile pour l'Association des Aveugles. En 1965 il obtient l'Aide aux Grands Infirmes. Il se marie en 1967 avec une débile profonde, bénéficiaire elle aussi de l'A.G.I. ; elle le quitte en 1968 ; en juillet de la même année il est arrêté pour vol et tentative de vol.

ANNEE 1958

Nombre de sorties : 62

C.... Marcel + né en 1945

Placé à l'I.N.P. du 5 octobre 1955 au 2 octobre 1958, pour un syndrome de débilité mentale, avec instabilité psychomotrice, troubles du caractère, QI : 73 au test de Terman Merrill.

Le milieu familial est remarquablement carencé. Les grands-pères paternel et maternel étaient alcooliques ; un des deux est décédé au cours d'une crise de delirium tremens. La mère est alcoolique, le père aussi : il a été une première fois désintoxiqué sans succès, il reste très violent avec ses enfants. Il existe dix frères et sœurs vivants. L'ainé est interné au C.P.D. de Ste Gemmes, une sœur a été hospitalisée après une tentative de suicide, deux autres frères et une sœur ont été placés eux aussi à la "Roche Morna".

Le niveau scolaire est celui du CEI à la sortie, c'est à dire 4 à 5 ans de retard, la mémoire est bonne mais la compréhension assez faible. Le caractère est difficile, l'enfant se montre très susceptible, opposant avec des réactions violentes, assez bien contrôlées malgré tout, tendance à la bouderie. L'examen psychologique note une mauvaise

adaptation au groupe social, une projection de la responsabilité vers le monde extérieur, aucun sentiment de culpabilité, tendance à réagir de façon agressive. Du point de vue manuel, l'enfant a une assez bonne adresse, s'intéresse aux activités et travaille avec goût.

L'EEG montre un tracé labile, avec des signes de dysrythmie lente, importants mais sans signe probant de comitialité.

La mère ayant refusé de se soumettre au règlement de l'établissement, le retire contre avis médical. Après sa sortie il reste turbulent coléreux, refuse d'aller en classe. En 1959, il est placé dans un institut médico-professionnel. En 1961, le juge des enfants prend une mesure de placement dans un centre d'observation. En 1964, travaille très irrégulièrement comme manœuvre. Réside chez ses parents ; nombreuses scènes de violences, nécessitant l'intervention de la police.

Un soir il tue son père à coupé de fur à repasser, devant toute la famille.

P.... Marie-Françoise - 9 ans : A l'entrée : débilité mentale avec troubles caractériels. Antécédents d'encéphalite. Mère névropathe. QI : 54. Durées du séjour : 20 jours. Elle est rendue à sa famille car on juge qu'elle ne peut faire aucun progrès à l'I.M.P. Après sa sortie, fréquente une école ménagère pendant une durée indéterminée. En avril 1966, accès maniaque nécessitant l'hospitalisation ; deuxième accès en 1967 : hospitalisée pour deux ans,

jusqu'en janvier 1969. Réintègre au mois de septembre de la même année, l'hôpital psychiatrique, pour reprise des troubles. Mauvais A.S.P.

A.... Hugnette - 13 ans : A l'entrée : débile mentale profonde, à l'éveil sexuel précoce, a un énorme retard scolaire. Père alcoolique. QI : 60. Durée du séjour : 3 ans. A la sortie, est placée à l'orphelinat municipal. Quelques progrès scolaires sont enregistrés, mais elle fait des fugues. Internée de 1959 à 1966, elle sort, se marie, a un enfant et travaille dans une coopérative fruitière ; gain mensuel : 400 F. Deuxième hospitalisation en 1969, pour état d'excitation, troubles du comportement, crises dévropathiques. Mauvais A.S.P.

M.... Gérard - 15 ans : A l'entrée : présentait dans le milieu familial des troubles du caractère, avec agressivité, opposition, probablement en rapport avec une intense perturbation affective. QI : 98. Durée du séjour ; 5 ans. Actuellement, après avoir travaillé comme apprenti coiffeur, n'ayant pu obtenir son C.A.P., a trouvé une place comme vendeur dans un magasin de chaussures. Marié, a quatre enfants. Bonne A.S.P.

V.... Nicole - 13 ans : il s'agissait à l'entrée d'une arriérée mentale et scolaire, timide et craintive. le

père est alcoolique, et la mère débile. QI : 49. Durée du séjour : 2 ans. Malgré ce bas niveau, elle travaille comme employée de maison toujours chez le même employeur. Vit en concubinage. Nous considérons qu'il s'agit d'une bonne A.S.P.

ANNEE 1959

Il y a 55 sorties cette année là.

P..... Jacques - 13 ans : Est un émotif, anxieux, admis pour troubles du caractère. Réactions agressives en milieu familial. Mère syphilitique, une tante alcoolique placée au C.P.D. Carence éducative certaine. QI : 97. Le niveau scolaire de sortie est celui du CM 2. Le comportement s'améliore en internat. Actuellement marié, exerce la profession de magasinier, stable. Bonne A.S.P.

P..... Jean-Pierre - frère du précédent - 10 ans. Admis pour un syndrome de débilité légère, émotif, anxieux, lentur mais bonne habileté manuelle. Tendances mythomaniaques. QI : 71. Niveau scolaire CE I.

Il est repris par ses parents après un an de séjour, et mis dans une école de perfectionnement.

Les premières crises de grand-mal apparaissent en 1960.

Il faut alors un séjour de 3 ans à la Bodinière ; le comportement est très difficile, la scolarité est faible, accès de confusion mentale.

Plusieurs places successives chez des horticulteurs, suivant son traitement irrégulièrement. Placé dans un service de Psychiatrie de janvier 1967 à octobre 1968, pour échec

de l'adaptation sociale et professionnelle, dû aux troubles caractérisés et à la comitialité. Actuellement est admis au centre de La Teppe, pour une formation professionnelle. Mauvaise A.S.P.

L.... Mario-Françoise - 12 ans : A l'entrée : est une débile mentale légère avec instabilité psychomotrice. WISC : 56. La compréhension est lente presque inexistante, les réalisations nulles ; l'enfant est trop sage. 1ère hospitalisation : de septembre 1966 à décembre 1966, pour syndrome d'automatisme mental.

2ème séjour : d'octobre 1967 à avril 1968 ; pour dissociation schizophrénique. Mauvaise A.S.P.

S.... Brigitte - 8 ans : Instabilité, turbulence en raison de l'alcoolisme grave du père et de la névropathie de la mère. Bien adaptée pendant son séjour d'un an. QI : 95. Très bonnes possibilités pratiques. A la sortie retourne dans le cycle scolaire normal. Actuellement mariée, calme, moins anxieuse. Nous considérons ce cas comme bonne A.S.P.

B.... Daniel - 12 ans : Placé pour hyper-émotivité avec anxiété, instabilité. QI : 93 . Bon comportement. Séjour : 1 an. A sa sortie, a suivi des cours chez une institutrice privée . N'a pas obtenu le C.E.T. Puis il fait trois ans d'apprentissage en mécanique "Nipsol" pas de C.A.P. Depuis il travaille toujours chez le même employeur ; salaire : 1150 F. mensuels. Il est marié et a un enfant.

Très bonne A.S.P.

G.... Juan-Michel - Né en 1945 :

Antécédents : la mère a eu cet enfant pendant la captivité de son époux ; elle est débile et son mari est alcoolique. Juan-Michel a deux frères : Gilbert né en 1947, retardé scolaire caractériel placé : l'I.M.P., Gérard né en 1951 lui aussi caractériel mais non placé.

L'accouchement aurait été normal, puis l'enfant fut mis en nourrice trois ans, pendant lesquels se développent rachitisme et retard psycho moteur.

En 1954, il est placé dans un I.M.P. : l'instituteur note son retard scolaire et le trouve irritable, d'intelligence médiocre, extrêmement brutal : "... seul chez un patron, il pourrait devenir un bonnôte ouvrier". De retour chez lui il se montre peu docile et fait de violentes colères. Placé à la "Roche-Morna" d'Octobre 1958 à juin 1959 : il se montre turbulent et peu démonstratif, le premier trimestre. Enurésie intermittente. Il revient gentil, docile serviable, travailleur, sans difficultés caractérielles. Cependant il a des réactions quelquefois violentes et toujours très infantiles pour des motifs futiles. Il écrit régulièrement à sa famille. L'IQ est de 55. De l'analyse du test il résulte que les possibilités de l'enfant sont supérieures à ses acquisitions. Du point de vue scolaire le niveau est C.M. I, mais la plafond n'est pas atteint. L'EEG est normal. Il est daltonien.

Au cours du deuxième trimestre, il reste un peu apathique, recherchant l'approbation de ses supérieurs, sa bonne volonté est constante. L'instituteur le trouve susceptible, instable, mais il n'est pas rancunier ni méchant. Il veut être dessinateur. Il part et devient menuisier pendant trois ans dans la même entreprise, puis il est licencié. Il occupe alors de nombreuses places et à 18 ans on le retrouve dans un centre de F.P.A., comme plâtrier. Il boit et fait des crises d'épilepsie alcoolique, ce qui le conduit à plusieurs hospitalisations au C.H.U. Après le service militaire, il continue ses abus éthyliques, et fait des "crises qui me rendent fou" "Sic". On le retrouve tué aux abattoirs. Il est hospitalisé une première fois en milieu psychiatrique en décembre 1967, puis en février 1970 pour alcoolisme avec troubles graves du comportement. L'EEG est normal. En mai 1970 il est inculpé d'homicide volontaire et en reconnaît un deuxième commis en septembre 1969. L'examen psychométrique alors pratiqué montre un QI verbal de 99 et un QI performance de 115. Du point de vue affectif : une extrême nervosité et probablement une anesthésie affective avec incapacité pathologique à contrôler ses propres instincts.

Cette observation appellera certains commentaires ; notons une fois encore le rôle de l'alcoolisme et l'absence de services de suite, à la sortie de l'I.P.P. qui aurait peut-être pu éviter cette évolution tragique.

ANNEE 1960

Nombre de cartons : 53

G... Gilles - 14 ans : Atteint de débilité mentale légère, sans troubles du caractère ; orphelin de père, il est élevé par une tante, car sa mère est paraplégique. Son QI est de 83. L'EEG est para normal. Niveau scolaire C.M. 2. A la sortie, après 2 ans de séjour, il est placé dans un I.M. Pro.
Impression de la psychologue, qui reçoit sa visite régulièrement : va bien, anime un foyer de jeunes.
Sur ces seules indications nous le rangeons dans la catégorie : Bonne A.S.P.

R.... Loïc - 14 ans : Entre pour troubles graves du comportement en milieu familial et scolaire en réaction à une carence éducative maternelle globale. QI : III. Riche affectivité. Après un séjour de deux ans, il entre dans une section technique d'un lycée. Il s'engage ensuite dans la Marine ; au retour il se marie. Il est actuellement infirmier en Psychiatrie à Bordeaux.

R.... Gunther - 15 ans : Arriération psychomotrice et troubles du langage, séquelles d'encéphalite toxoplasmique (avec présence de calcifications intracranéennes), et bilinguisme des parents. Le QI : est de 72. A la sortie le niveau scolaire est celui du C.M. I. Il est placé dans un I.M. Pro. Il travaille actuellement comme

marchand de friandise, ambulant. Nous avons classé ce cas comme une A.S.P. médiocre, avec mauvais facteur personnel.

J..... Jacqueline - 8 ans : Admise pour troubles caractériels en rapport avec une éducation affective, et une lourde hérédité alcoolique paternelle. A l'âge de trois ans a contracté une méningite tuberculeuse. Actuellement l'EEG montre une dysrythmie très importante, diffuse, avec bouffées paroxystiques. Débilité motrice et énurésie. QI : 62. L'enfant est repris par ses parents et placé dans un I.M.P. Papillons Blancs, puis dans un I.M.Pro. de cette organisation. Impression de l'assistante sociale : cette enfant devra toujours vivre en milieu protégé. Il s'agit d'une A.S.P. médiocre avec mauvais facteur personnel.

ANNEE 1961

Nombre de sorties : 59

S.....Jacky - 8 ans : Entre pour débilité mentale, instabilité, se montre d'un caractère difficile. Lourde hérédité alcoolique paternelle. Le niveau scolaire est celui du C.P., le WISC : 71, l'EEG est normal. Après un séjour d'un an il est remis en classe de perfectionnement, puis en pré-apprentissage de serrurerie et menuiserie. Fait alors un stage de 14 mois, apprenti serrurier ; Il est licencé. Il s'embauche dans une usine de chaussures, qu'il abandonne sur "un coup de tête". Avec des camarades il vole une voiture, et passe devant le Juge des Enfants. Depuis il ne travaille plus ; s'est tatoué, "tout lui est égal". En 1976, hospitalisation d'un mois en milieu psychiatrique pour troubles du caractère. Mauvaise A.S.P.

V.....Dominique - 14 ans : placé pour retard scolaire, illettré, carence éducative profonde du milieu familial, WISC : 80. Séjour d'un an ; à la sortie le niveau scolaire est celui du C. . 2. Il travaille chez son oncle, et passe le C.A.P. de cuisinier. Revient ensuite travailler au C.P.D. de Ste Gemmes, puis au lycée de F....., où il est toujours. Marié, père de famille. Désire suivre des cours pour devenir gendarme. Bonne A.S.P.

C.... Patrick - 10 ans : Admis pour instabilité psychomotrice dans le milieu familial et dans le milieu scolaire. A la sortie, au bout d'un an, le caractère s'est amélioré. Apprentissage de peintre. Depuis quatre ans, travaille chez le même employeur, comme peintre ; gain mensuel : 960 F. Bonn A.S.P.

H.... Christian - 9 ans : Présente une débilité mentale ; il est agité, nerveux, coléreux, instable, s'est mal adapté à l'institution. Hérité parentale alcoolique. Niveau scolaire C.E.I. QI : 67. Perturbation affective profonde. A la sortie, il n'y a pas d'amélioration. Séjour d'un an et demi. A la fin de sa scolarité, il devient manoeuvre maçon, puis travaille dans une ferme, chez un couvreur ; on le retrouve garçon d'écurie ; puis travaille chez un maraicher. Les troubles du comportement vont en s'aggravant, il se met à boire, commet des vols ; placé dans un I. P. S. pendant deux ans, il revient travailler comme manoeuvre depuis dix mois. Pauvoise A.S.P.

V.... Christiane - 14 ans : Placée pour débilité mentale légère, avec troubles caractériels. Milieu familial lamentable. L'affectivité est frustrée. Tendances hystéroïdes. WISC : 74. Niveau scolaire : C.E. 2 à la sortie. Elle travaille alors comme employée de maison, puis dans un restaurant ; se montre travailleuse mais insolente. Elle quitte ce travail pour des fréquentations douteuses ; elle est placée dans un Bon Pasteur d'où elle fugue. Actuellement mariée, elle a trois enfants et semble stable. Adaptation socio professionnelle médiocre avec mauvais facteur personnel.

ANNEE 1962

Nombre de sorties : 45

C..... Annick - 14 ans : Admise pour débilité mentale avec troubles du caractère. Arriération affective et retard scolaire. Père alcoolique, une sœur mongolienne. MISC : 71. Niveau scolaire : C.E. 2. A la sortie est placée comme bonne à tout faire chez un médecin : échec. Un autre placement chez un deuxième médecin, ancien interne de l'I.M.P. est une bonne réussite. Depuis elle s'est mariée. Bonne A.S.P.

T..... Jacques - 14 ans : Placé pour un retard scolaire de trois ans. L'instituteur le trouve paresseux, instable, anxieux, susceptible. Enfant souffrant de la dissociation familiale. Niveau scolaire C.M. I. PI : 26. Après un séjour de trois ans il devient apprenti horticulteur à la ville d'Angers. Il n'a pas de C.A.P. Séjour de deux ans chez un paysagiste, puis chez un pépiniériste. En 1965 il vole des bouteilles de vin ; il est alors mis en liberté surveillée. En 1967 il vole de l'essence, il est condamné à trois mois de prison avec sursis. Il revient chez son précédent patron. En 1968 : vol de voitures : il est incarcéré. A noter qu'à l'âge de 15 ans il avait eu un

accident de la route, occasionnant un traumatisme crânien, avec perturbation de l'EEG ayant entraîné une réforme du service militaire.

P.... Jean-Paul - 14 ans : Le certificat médical d'entrée porte : débilité mentale homogène, avec retard scolaire de cinq ans. QI : 72. Niveau scolaire : C.E. 2. Enfant instable, dissipé. Bonne volonté dans le travail, mais lent. L'EEG : tracé pathologique. Pronostic d'A.S.P. assez sombre. Il est hospitalisé, une première fois, dans un service d'adultes en 1966, pour syndrome de ralentissement idéo moteur ; il se considère persécuté par son entourage. Travaille ensuite dans une usine de chaussures, puis dans une chaudronnerie, et il est hospitalisé une deuxième fois en 1967, pour un syndrome d'excitation psycho motrice avec appoint éthylique. En 1968-1969, troisième placement pour troubles caractériels et alcoolisme. En 1970 : syndrome délirant et quatrième hospitalisation.

P.... Jean-Claude - 15 ans : débilité mentale profonde, avec troubles du caractère, instabilité motrice, énurésie. Père alcoolique, mère débile. WISC : 51. A la sortie, après un séjour de huit ans le pronostic d'adaptation sociale est sombre ; le niveau scolaire est nul, il n'a pu apprendre à lire. Il est placé dans une ferme, et il y reste à la satisfaction de ses employeurs, pendant sept ans.

Il a obtenu l'Aide aux Grands Infirmes et la qualité d'ouvrier à capacité professionnelle réduite. En 1962 ses patrons prennent leur traitement et le placent chez d'autres fermiers qui sont eux aussi satisfaits. Malgré ce bas niveau intellectuel, en l'absence de troubles du comportement, P.... s'est bien adapté.

G.... Jean-Yves - 14 ans : Considéré à l'entrée comme un instable, d'équilibre pervers. Présente un réel danger pour ses frères et sœurs. Réactions sadiques, fugues. Il est inaccessible au raisonnement. WISC : 65. Bonne adresse manuelle. L'EEG est assez évocateur de comitialité. Il fait un séjour de quatre ans, Il apprend le métier de maçon pendant trois ans à la Marmitière. Il obtient la partie pratique du C.A.P. Ensuite il trouve une place dans une entreprise de maçonnerie, puis chez un artisan. Salaire mensuel : 1150 F. Il est considéré comme un bon ouvrier. Très bonne A.S.P.

V.... Michel - 14 ans : Admis pour débilité mentale légère. QI : 63. Venait du Centre du Colombier où il avait été placé pour réactions délictueuses mineures. Immaturité affective, réactions agressives, instabilité. EEG : tendance paroxystique à l'hyperpnée. Séjour de quatre ans. Il rentre dans un I.M.Pro. car il désire être cuisinier ; il ne s'y plaît pas et en sort au bout de deux ans. Travaille chez un maraîcher pendant trois ans. Il accomplit son

service militaire ; à son retour fait une F.P.A. et obtient le C.A.P. de peintre. Trouve un emploi dans lequel il est stable depuis deux ans. Bonne A.S.P.

ANNEE 1963

Nombre de sorties : 55

P..... André - 14 ans : Entre pour débilité mentale, il est hyperémotif, inhibé. WISC : 57. Séjour d'un an. Il est repris par sa mère qui le place chez un jardinier. Depuis il "fait les saisons agricoles" avec elle. L'hiver il vit de l'Aide aux Grands Infirmes. Il est toujours très dépendant, sans initiative. Au décès de sa mère il restera certainement à la charge de la société. A.S.P. médiocre.

B..... Marie-Annick - 11 ans : Placée pour instabilité psychomotrice avec retard scolaire de deux ans. WISC : 70. A la sortie après un séjour de deux ans le niveau scolaire est de l'ordre du C.E. 2. L'adaptation à la famille est faite mal car le père est alcoolique. Elle suit les cours de 5ème et 4ème pratique, puis un an d'enseignement ménager. Après deux précédents emplois identiques, elle travaille de façon stable comme employée de maison chez un médecin. Salaire mensuel : 600 F., logée, nourrie. Elle est suivie régulièrement en consultation d'Hygiène Mentale. L'assistante sociale précise que l'évolution de la jeune fille a été entravée par une mauvaise

relation avec la mère. Pendant le temps où elle a vécu chez ses parents elle était nerveuse et opposante. Actuellement semble s'être stabilisée, mais garde tout de même une certaine immaturité. Bonne A.S.P.

B.... Jean-Philippe - 15 ans : Admis pour troubles caractériels, carence éducative. QI : 95. Séjour de six ans. A la sortie, l'enfant reste toujours instable, col reux, n'aimant pas être commandé. Cependant la famille est très contente des progrès scolaires et de voir leur enfant perdre l'habitude de voler. Celui-ci fait un apprentissage dans le bâtiment et occupe plusieurs places successives. Pendant le service militaire, fait preuve d'instabilité dangereuse, avec violences ; désertion de quatre jours. Il travaille actuellement dans une entreprise métallurgique : salaire mensuel : 5 F. de l'heure, mais il est peu courageux et instable. A.S.P. médiocre avec mauvais facteur personnel.

P.... Patrick - 15 ans : Placé pour troubles caractériels graves dans le milieu familial. Opposition, chantage et fuges. Retard scolaire de quatre ans. Alcoolisme paternel. Séjour de trois ans. Travaille pendant cinq ans comme peintre dans une entreprise, puis abandonne, trouve une place dans un usine et obtient une F.P.A. d'électricien. A.S.P. moyenne, facteur personnel peu favorable.

ANNEE 1964

Nombre de sorties : 51.

D.....Guy - 16 ans : Il s'agit d'un débile mental profond. QI : 53. A la sortie, après deux ans de séjour, son niveau scolaire est celui du C.E.I. ; l'adaptation familiale est très mauvaise, surtout avec le père. Il s'embauche comme manoeuvre maçon. Puis pendant un an il se trouve dans un I.M.Pro. section maçonnerie, on le dit peu courageux et bagarreur. Par la suite occupe de nombreux emplois ; placé dans une bergerie, il est renvoyé car surpris en train de voler. Il suit des cours de F.P.A. de maçonnerie pendant trois mois : échec. Il travaille comme journalier agricole, manoeuvre maçon de nouveau.... Serait insolent, fume et boit beaucoup, se laisse entraîner. Le père n'en veut plus, la mère non plus ; devant ce rejet massif, et le risque de délinquance, il est admis à l'Hôpital Psychiatrique où il travaille et se comporte bien.

M.....Lucien - 14 ans : Admis pour retard scolaire de cinq ans et troubles du caractère. QI : 63. L'EEG est pathologique. A noter un grave traumatisme crânien dans l'enfance. A la sortie, après trois ans de séjour, il devient ouvrier champignoniste avec son père. Il vit dans sa famille. Il est exempté du service militaire. A.S.P. moyenne avec mauvais facteur personnel.

R.... Théophile - 14 ans : Placé pour débilité mentale et troubles du caractère, instabilité, et violence. Père alcoolique et père fouetté. MISC : 13. Niveau scolaire C. I. I. Dur de de jour : 7 ans. Pronostic : adaptation sombre, à la sortie. Il est alors placé pendant cinq ans comme ouvrier agricole chez le même employeur ; depuis deux ans, il est chez un autre patron ; il bénéficie de la qualité d'ouvrier - la capacité professionnelle acquise (60 %), son salaire est de 3600 F. annuels, il est logé et nourri. Il donne satisfaction, il fréquente un foyer de jeunes auquel il s'est bien intégré. Bonne adaptation socio professionnelle, malgré le pronostic réservé de la sortie.

H.... Jean-Paul - 15 ans : Admis pour débilité mentale profonde, paraît peut être apte aux acquisitions scolaires. Se trouve au niveau du C.P. à 11 ans. Il est passif, indifférent, se tient en retrait. Caractère éducatif parental profond. Signes importants de rachitisme. EEG : anormal par sa lenteur. QI : 11. Il sort au bout du 4^{ème} an, en se soumettant au plan correctif, mais joue encore au caïd ; il est occupé manuellement ; la même année il est hospitalisé en milieu psychiatrique pour troubles de caractère et d'insouciance. Il sort et est placé dans un Hospice. A nouveau interné de juin à août 1966,

de décembre 1967 à novembre 1968 et de mai 1969 à février 1970. Il ne travaille pas, est violent, impulsif, condamné pour vols.

R.... Charles - Placé une première fois à l'I.M.P. des Chosnaies, puis pendant 2 mois à la "Roche Morna" en 1957, il y est réadmis en 1958 et y demeure 6 ans. Il présente des troubles du caractère, un retard scolaire. C'est un anxieux, hypermotif, immature. L'EEG est normal. Le QI est de 88, mais il existe une discordance entre le niveau et les acquisitions intellectuelles. La carence éducative du milieu familial est profonde, le père et la mère sont alcooliques ; ils retirent leur fils contre avis médical. Devant l'aggravation du comportement, le font réadmettre. On lui procure une place d'ouvrier agricole mais il ne peut y demeurer ; il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de 1965 à 1967 pour troubles du caractère, puis à nouveau de juin 1967 à septembre 1969. A l'intérieur de l'hôpital, il travaille à l'atelier de peinture et donne satisfaction ; on le fait sortir car on lui a trouvé du travail dans une entreprise de peinture et un logement dans un foyer de jeunes travailleurs. Il travaille depuis régulièrement. A.B.T. moyenne.

ANNEE 1965

Nombre de sortis : 56

S..... Patrick - 14 ans : Admis pour un important retard scolaire. WISC : 97. Le niveau scolaire, à la sortie est celui du C.E. 2. Immaturité affective ; il aurait bénéficié d'une prolongation de son séjour de 2 ans.

Renseignements donnés par une assistante sociale :

Placé à la sortie de l'I.M.P. comme apprenti boulanger, puis dans un centre de F.P.A. où il obtient le C.A.P. de charpentier. Il est actuellement garçon de café, gagne bien sa vie, s'occupe de tous.

Renseignements recueillis à la prison :

9 mois d'apprentissage en boulangerie, il trouve le travail trop fatigant et s'embauche comme manœuvre peintre, ceci pendant 18 mois, dans une entreprise, 6 mois dans une autre. Pour gagner davantage, il s'engage dans une usine de montage d'appareils de laboratoire. Il est alors arrêté et inculé de vol de 15 vêtements.

G..... Michel - 13 ans : Débile mental qui n'a pas dépassé le niveau du C.P. ; son retard scolaire est de 5 ans. QI : 61. Séjour d'un an.

La mère, surprotectrice, perfectionniste, toujours insatisfaite, trouve et les progrès scolaires insuffisants, le place dans un autre I.M.P. Ensuite il fait un apprentissage à Cholet, qui est un échec en raison des anomalies du comportement. Le Conseiller de l'Orientation professionnelle lui trouve une place dans un centre d'assistance par le travail. Il donne depuis satisfaction et paraît stable. A.S.P. médiocre.

L.... Christian - 10 ans : Placé pour troubles du caractère en milieu familial. Ces troubles ne sont pas retrouvés à l'I.M.P. Important retard scolaire ; il est émotif, onychophage ; son EEG est suspect. Après un séjour de 2 ans il sort avec le niveau du C.E. 2, mais il a d'énormes difficultés d'adaptation dans le milieu scolaire normal, il doit changer quasi une fois d'établissements, et subi un choc en 6ème de transition. Actuellement il est en prison chez un horticulteur et fréquente une section d'Education professionnelle, dans le cadre de la Chambre de Commerce. A.S.P. médiocre.

L.... Daniel - 15 ans : Est un débile mental dont le WISC est de 63. Retard scolaire de 4 ans. Lourde hérédité alcoolique paternelle. Son EEG est normal. Il a de nombreux tics. A sa sortie, après un séjour de 3 ans il est placé chez un maraîcher, chez lequel il travaille toujours. Il a placé son permis de conduire. Bonne A.S.P.

L.... André - 14 ans : Est une débile mentale instable avec un QI de 67. Son retard scolaire est de 4 ans. Alcoolisée, elle se livre à des violences sur l'enfant. Elle se montre au début du séjour opposante et caractérielle, mais après 3 ans son comportement s'est amélioré ; elle est placée en école ménagère et depuis 1963 travaille régulièrement dans une usine de tannerie ; son salaire est de 66 F. mensuels ; son comportement est satisfaisant. Elle habite chez une nourrice. Bonne A.S.P.

V.... Liliane - 14 ans : Il s'agit d'une débile mentale, Géloloptique, dont le QI est de 52. Lourde hérédité psychopathique maternelle. Le niveau à la sortie, après un séjour de 4 ans est celui du C.E. I. Mais elle reste inhibée, puérile et passive. Elle est reprise par sa famille et y est restée depuis ; elle aide sa belle-mère dans les tâches ménagères. Pas de troubles du comportement. Présentement bonne A.S.P.

ANNÉE 1966

Nombre de sorties : 60

P.... Sarge - 16 ans : Est un débile mental profond, avec un très grand retard scolaire ; importants troubles caractériels. Développement somatique très médiocre. Le QI au Terman Merrill est de 57. Un de ses oncles s'est suicidé, son père est alcoolique. Notion d'une atteinte méningée dans la première année. A la sortie après un séjour de 4 ans, le niveau scolaire est resté très faible : fin de C.P. Le caractère est difficile, il se montre opposant, bagarreur, insolent, refusant la discipline collective ; le pronostic d'adaptation socio professionnelle porté alors, est très réservé. Il est placé dans un I.M.Pro. section culture ; mais les troubles du comportement, les colères les fugues contraignant à l'hospitalisation en milieu psychiatrique, 5 mois en 1966, 2 mois en 1970.

L.... Hicine - 14 ans : Enfant de la Population, placé pour instabilité psychomotrice et réactions dangereuses. Le niveau mental est jugé sub-normal. Le WISC trouvé est de 78. L'EEG montre un tracé suspect. Séjour de 9 ans. Il est placé alors dans un I.M.Pro. section horticulture ; le comportement est bon, le travail satisfaisant ; il obtient

1. C.T.P. d'adultes. Mais la sortie est un demi échec, il change de place fréquemment. Il est actuellement manoeuvre dans une société d'entrepreneur. Rend visite régulièrement aux éducateurs.

M..... Joël - 14 ans : Débilité mentale et motrice. WISC : 65. Troubles de l'élocution. Bonne affectivité, mais reste passif. Très bien adapté à la vie collective. Séjour de 6 ans puis placé en I.M.Pro. section culture. A son retour vit dans sa famille et travaille régulièrement chez un horticulteur. Salaire mensuel : 600 F. Bonne A.S.P.

A..... Michel - 14 ans : Débile mental très instable, dyslalique. WISC : 75. L'EEG est normal. Séjour de 5 ans, puis placé en I.M.Pro. section maçonnerie, pendant 3 ans. Ce métier semble être contre indiqué, à la suite d'examen médicaux ; il travaille maintenant dans une usine de chaussures. Bon comportement ; bonne A.S.P.

M..... Elisabeth - 14 ans : Débilité mentale dont le QI est de 76, présentant des troubles du comportement dans le milieu hospitalier. Milieu familial lamentable. EEG : normal. Séjour de 4 ans. Elle ne s'est pas adaptée à la collectivité. Le niveau scolaire est faible. Elle fait un stage dans une école ménagère et devient pendant 2 ans

employée de collectivité ; depuis un an travaille chez des particuliers et donne satisfaction. Bonne A.S.P.

G..... Henri - 14 ans : Débile mental qui présentait des troubles caractériels dans le milieu familial. VISC : 23. EEG : normal. Séjour de 3 ans, suivi d'un placement en I.P.Pro. section menuiserie pendant 3 ans aussi. Sorti en 1969, travaille toujours chez le même employeur. Bonne A.S.P..

ANNEE 1967

Nombre de sorties : 50

C.... Daniel - 15 ans : Débil. mental, instable, caractériel ; retard scolaire de trois ans. L'EEG est évocateur d'épilepsie temporale. QI : 66. Séjour de 4 ans. Depuis il travaille régulièrement chez le même horticulteur, il gagne 560 F. mensuels. Il n'a pas de C.A.P. Il pratique la compétition cycliste. Bonne A.S.P.

B.... Brigitte - 15 ans : Débile mentale très retardée scolaire. Terman Merrill : 67. EEG : normal. Emotive, lente, troubles du langage. Le père est épileptique, névropathe, la mère est sourde et muette. A la sortie après un séjour de 4 ans, elle est placée dans une école ménagère pendant deux ans. Mais actuellement elle est à la charge de ses parents, et ne trouve pas de travail. Mauvaise A.S.P.

D.... Michel - 15 ans : Débile mental épileptique. Ralentissement idéo-moteur habituel, absences. Il est daltonien. Troubles du langage. WISC : 71. Séjour de 6 ans. Placé à sa sortie comme apprenti maraîcher. Désire ensuite changer d'orientation et suit des cours de secrétariat pendant 6 mois : c'est un échec. Actuellement, il est apprenti horticulteur depuis deux ans. A.S.P. médiocre.

G..... Jean-Pierre - 14 ans : Elevé dans un milieu familial déficient. Le père est alcoolique et violent. Retard scolaire à trois ans. WISC : 80. Enfant indiscipliné, opposant. L'EEG révèle une comitialité. A la sortie après 3 ans de séjour, on le juge perturbé, peu conscient de ses échecs, acceptant très mal la discipline collective. Il occupe des emplois divers tout en restant chez ses parents. Il devient apprenti mécanicien (2 mois) puis apprenti couvreur (1 mois), il se bagarre, vols, fait des scènes dans le milieu familial. Le Juge des Enfants le place alors dans un foyer d'éducation surveillée ; il fugue et vols. Il est transféré dans un I.P.E.S. où il est apprenti magasinier. Mauvaise A.S.P.

P..... Jean-Claude - 14 ans : Syndrome d'oligophrénie avec un WISC de 46. Emotif, inhibé, oncopage. Quelques anomalies temporelles à l'EEG. Placé dans une section d'inéducables en novembre 1964, puis aux Petits Educables en décembre 1964, il passe à la "Roche Morna" en avril 1966 et en sort en juillet 1967. Il a acquis en trois ans, les mécanismes scolaires de base. Il est placé par ses parents pendant un an chez un cultivateur, il fugue car il est mal traité. Reprend et obtient l'admission aux Grands Infirmeries. Il travaille depuis un an, chez un maraîcher ; donne satisfaction. A.S.P. moyenne.

ANNEE 1968

Nombre de sortils : 46

L..... Michel - 14 ans : Présente une instabilité psycho motrice et des troubles caractériels à type de colère et d'opposition. Père alcoolique chronique. CI : 78. A la sortie après 7 ans de séjour les parents le placent comme apprenti boucher ; ce placement se solde par un échec. Les parents font alors une demande pour le mettre en I.M.Pro. ; la demande est acceptée.

B..... Bruno - 15 ans : Présente un retard scolaire de 2 ans. C'est un instable scolaire, opposant en milieu familial, il a fait auparavant un long séjour en Préventorium. L'EEG est normal, le WISC est de 82. A sa sortie il est pris en charge dans un foyer de semi liberté. A déjà commis un vol.

M..... Mari-Rose - 15 ans : Est un débile mental profond, épileptique, caractérielle. WISC : 51. Elle avait déjà été placée 3 ans à l'I.M.P., mais elle n'avait pas pu s'adapter plus de 4 mois.

Placé 3 mois dans un Centre d'Apprentissage ménager, elle a eu des troubles du comportement et des crises d'épilepsie, entraînant 7 mois d'hospitalisation psycho-étriquel. Travaille ensuite pendant près de 2 ans comme menuisier dans une coopérative fruitière ; puis nouvelle hospitalisation au C.P.D. de Ste Genevieve. Actuellement placée dans un I.M.Pro. pour épilepsie. Proposée d'A.S.S. très réservé.

B.... Jacques - 13 ans : Débile mental opposant fugue ur, ex délinquant. WISC : 51. Mère internée. Séjour de 2 ans, puis placé en I.M.Pro. pendant un an et demi, en section agricole ; il est renvoyé pour troubles du comportement et prosélytisme homosexuel entraînant actuellement une hospitalisation psychiatrique.

D.... Daniel - 11 ans : Est un débile mental énurété, hyperémotif, gaucher. L'EES est normal, WISC : 72. Séjour de 3 ans à la "Rocha Morna" ; il a acquis une certaine maturité affective, s'est bien réadapté dans sa famille au retour ; il est placé dans une classe de perfectionnement.

D.... Maxime - 13 ans : Est un débile mental dont le QI est de 72. Séjour de 6 ans. A la sortie est placé en I.M.Pro. dont il est renvoyé pour troubles du comportement. Refusé en S.E.S. il a perdu une année scolaire ; il doit être admis en classe atelier à la rentrée 1978, la famille dont la carence éducative est notoire, s'opposant à tout nouveau placement ; le garçon ne désire pas retourner en internat.

Ces quelques observations montrent le large éventail de cas cliniques admis à l'I.M.P. de la "Roche Mornet". Pour conclure nous résumons les principales caractéristiques de cette population d'enfants.

En premier lieu, il faut souligner la rareté éducative et affective de nombreuses familles, l'alcoolisme étant la tare la plus souvent retrouvée.

Nous insistons ensuite sur l'importance numérique et l'hétérogénéité du recrutement, ayant évolué des enfants caractérisés intelligents vers les débilés mentaux avec ou non troubles associés.

La fréquence des anomalies de l'EEG avec ou non corrélat clinique.

L'absence, fréquente, du moins au début, de structure sociale et de rôle en charge à la sortie de l'institution.

Enfin la délinquance et les troubles psychiatriques sont les formes majeures de l'échec socio professionnel.

IIIème PARTIE

Nous avons donc réuni un grand nombre d'observations de valeur inégal , et une masse importante de renseignements divers sur l'I.M.P. " la Roche Morna", les enfants qui y étaient, et leur devenir.

Le problème qui se pose maintenant est l'exploitation de ces informations. En effet l'hétérogénéité quant aux déficits intellectuels de chaque individu, exprimés en terme de quotient intellectuel, est un obstacle essentiel à une analyse globale des résultats. Il était possible d'étudier chaque catégorie d'enfants séparément, mais compte tenu de la vocation de l'institution, nous étudierons plus particulièrement l'adaptation socio professionnelle des débiles moyens et légers.

Dans un premier chapitre nous essaierons de clarifier la notion d'adaptation socio professionnelle, puis dans un deuxième temps nous analyserons sous forme de tableaux la qualité de l'adaptation en fonction de différents paramètres et enfin nous nous interrogerons sur la valeur et la place de la psychothérapie et de la chimiothérapie dans l'évolution de ces enfants.

CHAPITRE I

Au moment où nous assistons à une crise d'adaptation dans le milieu même des adultes, ceux-ci sollicités par des mouvements sociaux et professionnels, devant subir l'évolution ou la reconversion industrielle, s'orienter vers de nouveaux cycles de productions, que représente et que signifie l'adaptation socio professionnelle des débiliteux ?

Il convient tout d'abord de s'interroger pour savoir s'il faut distinguer une adaptation sociale d'un côté et une adaptation professionnelle de l'autre, ou bien s'il existe une corrélation suffisamment forte pour permettre une étude globale.

Il faut considérer, rappelez ainsi à cette question, que l'adaptation sociale comprend deux éléments essentiels :

- l'adolescent intégré au milieu d'adultes ne doit pas nuire aux autres.
- il doit être placé dans des conditions telles qu'il pourra

subvenir à ses besoins, acquérir une indépendance matérielle, et autant qu'il est possible, une autonomie sociale.

L'adaptation sociale doit donc considérée comme le résultat d'un apprentissage professionnel suffisant et d'un "facteur personnel" propre à chaque déficient mental.

Il ne reste plus la question de savoir s'il est justifié de distinguer l'adaptation sociale et l'autonomie.

Si le pronostic d'insertion sociale est fonction en ordre décroissant du niveau intellectuel, de la personnalité de la rééducation, du degré d'intensité de cette rééducation et des possibilités d'adaptation socio-affectives du sujet comme le pense L. MOUR, il convient donc avant d'entreprendre une action éducative, que l'équipe médico-sociale et psychopédagogique procède au bilan des ressources et des handicaps de l'enfant déficient.

Nous reproduisons le résumé qu'en fait le Dr. DOUSSINET, complété par le Dr. MOHIER :

I - L'existence ou l'absence d'anomalies morphologiques.

Toute anomalie de ce genre peut représenter un handicap au point de vue social : les aspects extérieurs

normaux bénéficiant de l'attrait spontané - les enfants anormaux risquent de provoquer la réserve ou la répulsion.

2 - L'existence ou l'absence d'infirmités :

principalement représentées par les paralysies et autres troubles moteurs locomoteurs et les altérations des fonctions visuelles ou auditives qui grèvent toujours lourdement l'enfant arriéré de même que les manifestations comitales lorsqu'elles sont graves, résistent, insuffisamment contrôlées par la thérapeutique.

3 - La valeur de la vitalité générale est aussi un élément d'appréciation à retenir car il offre à l'enfant bien portant une supériorité indiscutable sur l'enfant souffrant, malade, et malingre, et maledif.

4 - Le degré du développement verbal et des aptitudes verbales qui peuvent être très différentes chez des arriérés de niveau capacitaires voisins. Il est évident que l'existence d'aptitudes verbales est un facteur favorable pour l'action éducative et adaptative.

5 - Le degré du développement moteur et des aptitudes psychomotrices est très variable, et un arriéré n'étant pas également retardé sur ce plan. Le degré même de débilité motrice peut être plus ou moins léger, plus ou moins accentué et laisser presque toutes les difficultés plus ou moins grandes d'activités motrices.

6 - Le degré des aptitudes à l'activité qui représente la grande ressource utilisable pour la vie pratique.

7- L'existence de lenteur ou d'instabilité, anomalies fréquentes qui posent l'une et l'autre, de difficiles problèmes éducatifs.

8 - Les aspects positifs ou négatifs des intérêts pour le monde extérieur - Êtres et choses - caractérisant des variétés radicalement différentes de sujets intra ou extravertis, ces derniers étant pratiquement les seuls vraiment accessibles à l'action éducative.

9 - L'existence ou non de l'aptitude à l'organisation émotionnelle et pulsionnelle commande encore, dans une large mesure, l'adaptabilité sociale qui deviendra beaucoup plus problématique en présence de réactivité hyperémotive, de réactions explosives, de sentiments primitifs violents, de pulsions insuffisamment socialisées et contrôlées.

10 - Le degré d'affectivité et de sociabilité : certains sujets se montrent affectueux, mais souvent exigeants, ombreux, exclusifs ; d'autres se montrent pratiquement indifférents. Certains sujets recherchent comme un bien précieux la protection de l'adulte ; d'autres peuvent se montrer plus ou moins agressifs et opposants. Certains sujets, enfermés dans leur égocentrisme se présentent comme inaptes à la vie de groupe des enfants de leur âge.

II - L'existence ou non d'anomalies de caractère ou de troubles du comportement : l'hérésie, l'hyperthésie, l'impulsivité, les tendances schizoïdes ou perverses modifient grandement les perspectives éducatives et readaptatives.

De même, sur le plan du caractère, les réactions habituelles de boudoir ou de coler, ainsi que sur le plan du comportement, les anomalies de conduites sexuelles et les tendances à la délinquance.

1° - L'existence ou non de troubles névrotiques ou psychotiques qui ne sont pas rares chez l'arriéré : bouffées délirantes, divots obsessionnels, peobies, attitudes hystéroïdes ou mythomaniaques, processus schizophréniques même, compromettant, presque toujours, l'action de réadaptation sociale qui pourrait être entreprise et réussie sans cela.

Il faudrait ajouter à ces catégories d'éléments d'appréciation ceux qui sont fournis par le type clinique de la déficience mentale. On sait que M. VERHEYLEN a distingué, sur ce plan des types cliniques, deux groupes de débilés : les débilés harmoniques comprenant les puérils, les actifs, les passifs, les pondérés, et les débilés dysharmoniques comprenant les sots, les instables et les hyperémotifs.

Il y a toujours un intérêt à caractériser ces sujets et, notamment, le puéril qui signale son retard global harmonique, et le sot dont les traits fondamentaux sont la fausseté du jugement, le manque d'intérêt, la vanité superficielle.

Il est certain que ces différenciations cliniques ont pour l'éducateur un inéniable intérêt parce qu'elles sont capables d'indiquer des directions à ses efforts et de lui laisser se sentir aussi les limites de l'efficacité de son action.

Des éléments d'évaluation de la curabilité ou de la récupérabilité sont encore fournis par les variétés étiologiques.

On sait que certaines variétés où prédominent des fractures endocriniens, dysthyroïdiens ou adiposogénitaux, par exemple, paraissent plus accessibles à la thérapeutique et par suite à l'action éducative, que les sujets atteints d'arriération mongolienne ont la réputation d'être plus particulièrement sociabiles, qu'il faut probablement distinguer les formes en rapport avec une perturbation de processus de maturation biologique de celles qui sont en rapport avec des lésions destructives du cerveau.

Il semble que ce soit pour les premières que se vérifient le mieux les normes de l'évolution mentale et, notamment, le décalage qui existe chez l'arriéré entre le développement des capacités psychologiques et celui des comportements sociaux, ces derniers pouvant continuer à évoluer après l'arrêt du développement psychologique.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les problèmes ainsi posés par le bilan d'une débilité mentale. Disons encore une fois qu'aucune réponse satisfaisante ne peut être donnée si elle n'est pas le résultat d'un travail d'équipe, mené par de nombreux "techniciens" et appuyé pour de nombreux cas sur un éventail complexe d'examens spécialisés. L'éventail de ces derniers va du caryotype aux tests projectifs en passant par les bilans métaboliques, les données de l'exploration endocrinienne, radiologique et EEG, les résultats des examens des fonctions neuriques et

verbaux, l'appréciation qualitative et quantitative de l'intelligence....

Peut-on décrire davantage les conditions favorables ou défavorables à l'adaptation ?

DELL qui a introduit le terme de "compétence sociale" postule une quasi identité entre intelligence et maturité sociale, qui proviendraient l'une et l'autre d'une même capacité innée. Or les travaux de la plupart des auteurs montrent que la compétence sociale est généralement, chez les tébiles, supérieure à l'intelligence et que l'on peut les considérer comme deux aspects différents du comportement. H.C. URTIG a mis au point une échelle du développement psycho social qui cherche à atteindre trois aspects du comportement :

- l'autonomie des conduites dans les événements de la vie quotidienne.
- l'intégration sociale sous ses deux aspects solidaires de passage de la subordination à la réciprocité par rapport au groupe et de participation le plus ou plus actif à des groupes de plus en plus nombreux et divers.
- l'intelligence sociale, la compréhension des situations sociales.

L'échelle est applicable aux enfants de 5 à 12 ans. C'est un questionnaire standardisé qui compte 139 items. Il s'adresse aux parents du sujet examiné, le plus souvent sa mère. La mesure du développement psychosocial se fait par l'inventaire des comportements et attitudes observés. Il s'agit de savoir ce que l'enfant fait réellement et non ce qu'il aurait pu faire si les circonstances s'y prêtaient.

La technique a été mise au point sur des enfants normaux avec pour but d'en faire une échelle de développement.

M.C. HURTIG a constaté que :

- le développement social des débiles est loin d'atteindre celui des enfants normaux de même âge, mais il est supérieur à leur développement mental.
- il n'y a pas de différence dû à l'âge pour le résultat global, mais le profil moyen respectif est très différent.

Le développement psychosocial est non seulement lié à l'intelligence mais aussi à l'âge chronologique, au développement physique, aux possibilités motrices, aux pressions éducatives, aux motivations de l'enfant, à son adaptation sociale affective.

à
".... Peut-on partir du développement
psycho-social de l'enfant faire un pronostic de l'adaptation
sociale de l'adulte ? Il est assurément un indice insuffisant
à lui seul.... Mais le débile qui a progressivement acquis
un certain niveau de compétence sociale pourra par la
suite utiliser ces acquisitions qui faciliteront son adapta-
tion.... Le débile ne peut pas passer d'un milieu d'un
milieu dans l'autre, s'adapter simultanément à des milieux
dont les normes sont différentes, dépasser le conformisme
parce qu'il est débile, certains secteurs socio profession-
nels lui sont interdits totalement. Mais le fait d'être
pas intelligent limite beaucoup moins l'acquisition des
savoir-faire sociaux et professionnels.... qui seront la
trame de l'adaptation du débile mental".

L. BERLET VISIER a cherché et mis au point
une technique permettant l'étude de certains facteurs
d'adaptation sociale et professionnelle d'adolescents dé-
biles mentaux. Il s'agissait, au départ de savoir pourquoi des
adolescents de même niveau mental, ayant des connaissances
scolaires identiques, valent des résultats aussi différents
dans les ateliers, les uns réussissant fort bien et les
autres pas du tout.

Les maîtres et les psychologues ont noté que les conditions
d'une bonne adaptation relevaient de deux ordres de faits :

- de qualités motrices (adresse, rapidité, précision....)
- de qualités humaines, de caractères et de comportements.

L'appréciation de l'intégration de chaque individu dans son milieu (classe - atelier) fut obtenue par l'emploi d'une technique sociométrique faisant ressortir un groupe "d'élèves populaires" un groupe "d'élèves impopulaires" et enfin un groupe au statut peu différencié, et l'intensité avec laquelle un individu était choisi ou rejeté par la collectivité dont il faisait partie. La conscience de l'acceptation ou l'ostracisme du groupe étant plus nette chez ceux qui étaient bien intégrés.

Dans le domaine de la motricité les "populaires" se sont révélés en majorité, à la fois plus rapides et plus précis, manifestants plus de maîtrise et plus de contrôle.

Une autre technique celle des schématisations temporels dans deux situations de travail, l'une libre l'autre standardisée, a permis de montrer une plus grande souplesse d'adaptation des "populaires" en leur permettant leur rythme en faisant spontanément le tri dans les diverses activités.

L'étude du devenir de ces "populaires" montre leur stabilité professionnelle et la supériorité

de leur salaire mensuel par rapport aux mal adaptés :
(726 F. contre 500 F. en moyenne).

La mesure de ces deux techniques montre bien
que l'intelligence n'est pas un facteur suffisant d'adaptation sociale même s'il existe une forte corrélation
entre les deux.

Donc sauf pour les cas de débilité profonde, le quotient
intellectuel n'est pas pronostic.

".... Mais contrairement à une opinion courante l'insuffisance
du Q.I. dans l'établissement d'un pronostic, ne tient pas
à son inconstance. Mises à part les erreurs de calcul, il
faut bien admettre que le Q.I. reste à peu près constant,
et, que, quand il change, c'est beaucoup plus souvent en
mal qu'en bien.... Dans le passé on a voulu sauver l'espoir
d'une adaptation future du débile en proclamant l'inconstance
du Q.I., cette critique du Q.I. portait de bons sentiments,
mais ses arguments étaient faux. Nous rejetons donc cette
critique. Nous en formulons un autre bien plus simple :
le Q.I. reste à peu près fixe, mais les critères d'adaptation
et la personnalité comme unit intégrative se modifient aux
avec l'âge.... L'âge mental suffit peut-être au diagnostic
de la débilité, mais il ne permet pas d'en comprendre les
caractéristiques ; le Q.I. est utile au diagnostic mais il
n'est pas pronostic." ZAZZU.

Ayant essayé de comprendre la valeur et l'importance respectives du niveau intellectuel et des possibilités socio effectives dans l'adaptation, nous avons écarté l'étude de la portée de l'éducation et de son intensité.

L'étude de ces deux notions d'abord s'inscrivent dans le cadre de ce travail, en effet on pose ainsi les problèmes de dépistage des déficiences mentales avant la scolarité primaire, c'est-à-dire du dépistage au niveau de l'école maternelle et même avant, des troubles du développement psycho moteur et linguistique

- des filières spécialisées de prise en charge des handicaps mentaux, des techniques pédagogiques, et reproductives spécifiques.

C'est pourquoi nous passerons immédiatement à l'étude des résultats obtenus par quelques auteurs : pour KOHLER il faut faire preuve d'une certaine philosophie et considérer que la connaissance des déficiences intellectuelles moyennes et légères est, sans un d'abord des interventions médico sociales et psycho pédagogiques, relativement bon. Aux Etats Unis, FAIRBANK en 1933 étudiait sur une période de sept ans, 122 enfants dont l'I. Q. variait entre 61 et 72, trouvait qu'ils étaient surtout employés comme manœuvres ou domestiques., 11 étaient ouvriers spécialisés, 6 employés de bureau.

Les familles fondées par 95 d'entre eux jouissaient de leur autonomie financière.

En France l'ÉCHOUX, enquêtant sur les débilos mentaux à l'âge du service militaire (année 1951) ne trouve aucun chômeur pour 10 débilos légers et moyens de 21 ans.

Dans la région parisienne, parmi les débilos aptes au service militaire (Q.I. compris entre 61 et 71), 60 % sont ouvriers spécialisés, les autres restant manœuvres.

FAU et collaborateurs estiment que les critères d'une adaptation réussie doivent être rigoureux :

- stabilité dans la profession.
- qualification suffisante pour être apprécié sans jamais être renvoyé par un patron en raison du travail ou de la conduite.
- adaptation au milieu de travail.
- obtention rapide d'un salaire supérieur de 25 % au SMIG.
- capacité à vivre en dehors du foyer familial.

Toujours selon ces mêmes auteurs les causes générales des échecs sont dues :

- à un niveau trop bas.
- au milieu familial.
- aux troubles psychotiques et névrotiques associés.
- à la rééducation elle-même.

Mais l'échec et le succès de dépendent pas du Q.I. à l'intérieur de certaines limites (0,60 à 0,75), la délinquance étant l'aspect majeur de l'échec sur le plan social. Etudiant 3000 dossiers de débil s mentaux, ils notent une proportion de 60 % de délinquants occasionnels ou confirmés

En résumé toutes choses supposées, à peu près égales par ailleurs, c'est de la personnalité même des débil s mentaux moyens et légers, qui dépendra leur avenir et c'est à ce niveau de l'élaboration et de l'épanouissement de cette personnalité qu'il faudra agir préférentiellement pour améliorer le pronostic d'insertion sociale.

CHAPITRE II

Les résultats de notre enquête ont été disposés sous forme de tableaux récapitulatifs dans lesquels nous avons étudié l'influence d'un paramètre particulier sur l'adaptation socio professionnelle.

Il nous est apparu que l'on ne pouvait faire un classement absolu entre bonne et mauvaise adaptations ; l'introduction d'une catégorie intermédiaire, dite adaptation professionnelle médiocre a été nécessaire ; elle-même est subdivisée en :

- adaptation médiocre avec facteur personnel favorable

- adaptation médiocre avec facteur personnel défavorable.

Dans la catégorie "facteur personnel favorable" il faut ranger les individus dits "populaires" au sens fini dans le premier chapitre.

Ainsi le fait d'être marié, d'avoir des enfants, l'intérêt pour les activités extra professionnelles, donner de ses

nouvelles, régulièrement, aux éducateurs ont été considérés comme facteur favorable.

Au contraire de ce qui a été constaté, les fréquentations douteuses, les troubles du caractère sont en faveur d'un mauvais facteur personnel.

Le nombre de cas considérés comme bonne adaptation est certainement très en-dessous de la réalité ; il s'agit d'une estimation par défaut surtout si l'on considère que "être invisible dans son milieu", "passer inaperçu" est une forme d'adaptation réussie.

Une population hétérogène, la subjectivité des appréciations n'ont pas permis une étude statistique valable.

Rappelons enfin que la population totale étudiée comporte 286 cas.

INFLUENCE DU QUOTIENT INTELLECTUEL SUR L'ADAPTATION

Les quotients intellectuels qui figurent dans les observations ont été calculés dans leur majorité d'après l'échelle de WISC. Pour la classification, nous avons postulé par commodité qu'il y avait identité entre les différentes Echelles : WISC, TERMAN, BINET SIMON, etc.... ce qui est vrai en première approximation.

Considérant les résultats, nous faisons les remarques suivantes :

Entre les limites 55 et 99 de Q.I., les taux de réussite et d'échec sont sensiblement du même ordre de grandeur, croissant légèrement à mesure de l'augmentation du Q.I. Au-delà de 100, la séparation est très nette, nous ne retrouvons aucun cas défavorable. Ceci en accord avec les affirmations du premier chapitre à savoir qu'entre certaines limites, l'adaptation sociale ne dépend pas principalement du Q.I.

Comment expliquer que ceci est vrai entre 75 et 99 ?

Deux notions peuvent rendre compte de cette apparente contradiction :

- les sujets sont qualitativement des débilés (FAU), c'est-à-dire qu'ils ont un mauvais résultat au test

d'expression graphique et de définition verbale des idées abstraites. Malgré une intelligence quantitativement assez peu déficiente, ils ne peuvent atteindre la compréhension et à l'intégration des concepts et accéder au monde adulte normal.

- Il existe un hiatus entre les possibilités et les résultats scolaires de ces sujets, relativement à leurs camarades moins doués, et leurs possibilités réelles ; ces résultats sont valorisés de façon intempestive par l'entourage, refusant ainsi la réalité de la déficience ; l'enfant reprend à son compte cette position, développant alors des troubles caractériels qui perturbent la réadaptation.

On pourrait croire que les limites de Q.I. évoluant dans le sens d'une majoration, le critère de normalité devenant de plus en plus sévère, il y a de plus en plus de débilés ; mais celui qui est jugé tel à l'âge scolaire, selon des critères scolaires, peut ne plus l'être à l'âge adulte, parce qu'il sera jugé selon d'autres normes.

BONNE ADAPTATION GLOBALE	4	10	14	29	40	12
ADAPTATION MEIEURE AVEC FACTEUR PERSONNEL FAVORABLE	2	2	11	8	9	3
ADAPTATION MEIEURE AVEC FACTEUR PERSONNEL DEFAVORABLE	2	7	9	16	10	0
LAUVAISE ADAPTATION GLOBALE	10	15	35	28	30	0
	55 <	56 à 65	66 à 75	76 à 85	86 à 95	> 100

ETUDE DE L'INFLUENCE DU Q.I. SUR L'ADAPTATION SOCIALE

INFLUENCE DU MILIEU SOCIO FAMILIAL

Quelle peut-être l'influence du milieu socio familial sur l'évolution de l'enfant, donc sur son adaptation future ?

C'est la psychanalyse qui a démontré l'action du milieu sur le comportement de l'enfant ; les interactions de l'enfant et du milieu familial organisant peu à peu la personnalité de ce dernier.

De un à trois ans la relation fondamentale enfant - milieu est celle de la symbiose mère - enfant. Les travaux de SPITZ ont montré toute l'importance du complexe mère - enfant : "le terme d'hospitalisme a été étendu de plus en plus pour désigner l'effet nocif du séjour sur les enfants placés dans des institutions depuis leur plus jeune âge, particulièrement du point de vue psychiatrique". cité par POROT.

Puis progressivement et surtout à partir de trois ans, il y a une prise de conscience du corps et du moi ; le groupe familial s'étend, le père, la mère, le frère, les grands parents vont tisser une trame de relations

sociales nouvelles avec l'enfant ; l'autonomie alimentaire et sphinctérienne est acquise.

Une autre étape est la liquidation du conflit oedipien, le sur-moi s'élaborant en référence à l'autorité parentale qui discipline les pulsions instinctives primaires en fonction des exigences sociales. Il existe donc un équilibre dynamique, entre l'influence du père et de la mère, indispensable à la construction de l'individualité. Un déséquilibre de la relation parentale pourra entraîner un blocage, une régression intellectuelle, voire somatique. Le milieu familial disséminé, quel qu'en soit la cause (alcoolisme, troubles mentaux, déchéance, divorce, décès, inconduite notoire) sera donc un important pourvoyeur de désadaptation future.

Mais on ne peut se passer d'hérédité et milieu ; il existe des tendances et des "dispositions natives qui nous inclinent toujours dans le même sens." HEUYER. C'est le caractère.

".... en pathologie, tant le caractère que le comportement en Psychiatrie Infantile sans restraint d'innéité donné au caractère s'exprime dans la déviance des constitutions morbides, bien définies par DUPRE qui ajoutait cependant : la tendance à l'acte n'entrave pas la faculté de l'action".

FREUD lui-même admettait "un facteur indépendant variant d'un individu à l'autre." "Il paraît difficile de nier".
HEUYER.

Le tableau que nous rapportons, donnera un aperçu des troubles familiaux relevés chez les parents d'enfants placés à la "Roche Morte".

Mais si le milieu familial a pu avoir une influence défavorable, il n'y a pas de raison pour que réciproquement, une action bien conduite, surtout d'ordre psychothérapique, ne puisse redresser certains troubles de l'enfant et par là favoriser une meilleure insertion socio professionnelle. C'est ce qui sera envisagé dans le troisième chapitre.

BONNE ADAPTATION GLOBALE	35	17	23	10
ADAPTATION MEDIOCRE AVEC FACTEUR PERSONNEL FAVORABLE	11	7	13	4
ADAPTATION MEDIOCRE AVEC FACTEUR PERSONNEL DEFAVORABLE	15	11	15	3
MAUVAISE ADAPTATION GLOBALE	35	32	35	19
	FAMILLE SUR LAQUELLE ON NE POSSÈDE PAS DE RENSEIGNEMENTS	FAMILLE DISSOCIEE	ALCOOLISME GRAVE DES PARENTS	TROUBLE D'ATTENTION AD/TEMT DES PARENTS

ETUDE DE L'INFLUENCE DU MILIEU SOCIO-FAMILIAL SUR L'ADAPTATION SOCIALE

INFLUENCE DE L'EEG SUR L'ADAPTATION SOCIALE

Il faut distinguer deux problèmes :

1) - D'un point on sait qu'il existe une organisation progressive de l'activité électrique du cerveau de l'enfant

- accélération et régulation du rythme de base
- stabilisation du rythme notamment sous hyperpnée
- différenciation entre rythme d'éveil et rythme de sommeil
- répartition topographique des rythmes suivant les régions considérées.

La simultanéité de ces phénomènes et de l'évolution maturative, suggèrent l'hypothèse d'une corrélation avec le développement de l'intelligence. Certaines recherches ont précisément montré les relations existant entre l'organisation du rythme fondamental de l'EEG, le profil constitué par le niveau mental, le mode d'efficacité psychomotrice, le mode d'adaptation affectivo sociale (NETCHINE, LAIRY). Les études du conditionnement EEG, ouvrent elles aussi des perspectives nouvelles qui permettraient de comprendre pourquoi et comment certains enfants n'apprennent pas. Il s'agit de vastes et importants travaux actuellement en plein développement.

2) - D'autre part le problème de l'épilepsie qui constitue à elle seule un des grands chapitres de la Psychiatrie Infantile.

Quelle est la relation entre comitialité et débilité ?

Les convulsions épileptiques de l'enfance, les spasmes en flexion sont certainement des causes d'insuffisance intellectuelle ; mais les épileptiques adultes ont souvent une intelligence intacte. L'épilepsie est cependant un facteur aggravant du pronostic d'adaptation sociale, même chez les enfants d'intelligence normale.

Les troubles caractériels viennent eux aussi gréver l'avenir. L'instabilité, l'impulsivité, l'agressivité ou encore la persévérance, l'adhérence à l'objet. Leur bradypsychie les fait souvent taxer de paresseux.

Les enfants épileptiques sont au nombre de 15000 en FRANCE. 12 % des cas seraient héréditaires. Peu d'efforts sont faits pour remédier à leur dramatique situation.

CEILLIER, MICHAUX, MEUYER, ont tracé le plan de l'assistance médico sociale aux épileptiques.

" Deux principes doivent régir une telle organisation ; elle doit n'être consacrée qu'aux seuls épileptiques ; elle doit répondre aux besoins thérapeutiques et professionnels de tous les épileptiques en leur multiples formes neuro-psychiatriques.

BONNE ADAPTATION GLOBALE	59	5	I	4	5
ADAPTATION MEDIOCRE AVEC FACTEUR PERSONNEL FAVORABLE	22	2	6	3	2
ADAPTATION MEDIOCRE AVEC FACTEUR PERSONNEL DEFAVORABLE	30	7	3	4	0
MAUVAISE ADAPTATION GLOBALE	73	14	16	6	11
	E.E.G. NORMAL	E.E.G. D'ASYRTHRIQUE	E.E.G. PERTURBE PAR L'EFFET DE STIMULATION	COMITALE A L'E.E.G. SANS SIGNES CLINIQUES	COMITALE CLINIQUE

ETUDE DE L'INFLUENCE DE L'E.E.G. SUR L'ADAPTATION SOCIALE

INFLUENCE DES TROUBLES CARACTERIELS

Sachant que la débilité mentale est associée à des troubles du caractère dans 50 % des cas, on peut déjà pressentir leur importance quant à l'évolution future des enfants qui en sont atteints.

Nos résultats personnels sont très semblables à ceux cités par HEUYER à propos d'une enquête de 1950, sur le pronostic des troubles du caractère chez l'enfant. A partir de 4189 dossiers, 650 sujets avaient été retrouvés et examinés, 192 retrouvés et non examinés. Le résultat d'ensemble a été le suivant :

- Bonnes adaptations : 10 %
- Adaptations moyennes : 52,4 %
- Adaptations médiocres : 26,4 %
- Mauvaises adaptations : 9,6 %

Ces chiffres sont sensiblement ceux que nous obtenons ; la classification est presque identique. De plus "un certain nombre de manifestations, comme une instabilité moyenne, l'hypochondrie, les caractères dits paranoïaques les épileptoïdes, les schizoïdes n'ont pas un taux d'adaptation significatif".

C'est exactement ce dont on a pu se rendre compte au fil de nos observations, en comparant le certificat médical immédiat et le devenir du sujet considéré. "On trouve des pronostics sombres qui ne sont pas vérifiés. ... Les conditions de vie indépendantes de l'âge adulte, certains facteurs circonstanciels et individuels, des événements indépendants de la volonté du sujet deviennent des éléments favorables d'adaptation et quelque fois de façon paradoxale" HEUYER.

BONNE ADAPTATION GLOBALE	C	I	51	33
ADAPTATION MEDIOCRE	2	9	46	22
MAUVAISE ADAPTATION GLOBALE	8	28	53	26
	TROUBLES CARACTERIELS GRAVES	AMELIORATION PARTIELLE DES TROUBLES APRES SEJOUR	TROUBLES CARACTERIELS LEGERES	SANS TROUBLES DU CARACTERE

ETUDE DE L'INFLUENCE DES TROUBLES CARACTERIELS SUR L'ADAPTATION SOCIALE

INFLUENCE DE LA DUREE DU SEJOUR

Les durées de séjour à l'I.M.P. ont été très inégales, de quelques jours à plusieurs années ; la majorité des enfants étant demeurée de un à trois ans. Il est assez remarquable que le taux de réussites est dans cette branche assez nettement supérieure ; les séjours brefs ayant eux-mêmes des résultats meilleurs que les séjours prolongés.

Comment expliquer ces écarts par rapport à la tranche centrale ?

Les séjours de moins d'un an ont surtout été le fait :

- soit d'enfants retirés très tôt par les parents qui se ravisaient après avoir donné leur accord de placement, ce qui laisse à penser que le milieu familial de l'enfant n'est pas très favorable.

- soit d'enfants malorientés, de niveau trop élevé ou inversement, aux possibilités trop faibles.

Les séjours prolongés ont été le cas, le plus souvent, d'enfants aux troubles caractériels graves, à la famille inexistante ou déchue.

Ces sujets ont été sur-conditionnés, peut-on dire, à la vie en internat et n'ont pu dépassé, le plus souvent, ce cadre de vie, à leur sortie.

Ainsi est relancée la discussion sur l'opportunité de l'internat ou de l'externat Médico Pédagogique. Seule une indication bien posée au départ, permet de choisir au mieux des intérêts de l'enfant, le placement souhaitable.

Que penser alors de cette période de un an à trois ans ? A quoi correspond-elle ? Est-elle le fait du hasard, les sujets n'entrant pas à l'I.M.P. pour une durée fixée à priori ?

Empiriquement il semble bien que non ; cela correspondrait à un cycle nécessaire et optimal, à une action psycho pédagogique dans le cadre donné. Ce point nous semble important, car élucider les raisons de cette corrélation apparente permettrait de mieux comprendre les caractéristiques de notre action, la dynamique de l'évolution du débile, et de réajuster nos façons de faire médico pédagogiques pour les mieux adapter.

BOI NE ADAPTATION GLOBALE	15	44	17	9
ADAPTA ION MEDICORE AVEC SUIV R PERSONNEL F VORABLE	4	16	9	6
ADAPTA ION MEDICORE AVEC FAC IUR PERSONNEL I FAVORABLE	4	16	12	12
MAU ISE ADAPTATION GLOBALE	25	43	35	17
	DE 1 mois à 1 AN de SEJOUR	DE 1 AN à 3 ANS de SEJOUR	DE 3 ANS à 5 ANS de SEJOUR	PLUS DE 5 ANS de SEJOUR

ETUDE DE L' INFLUENCE DE LA DUREE DE SEJOUR A L'I.M.P.

SUR L'ADAPTATION SOCIALE

INFLUENCE DU MODE DE PLACEMENT
A LA SORTIE DE LA "ROCHE MORNA"

L'étude de l'influence du mode de placement à la sortie de l'I.M.P. veut montrer l'intérêt d'une action prolongée et complète, nécessaire à une réadaptation réussie.

Les résultats enregistrés montrant qu'en cas de sortie contre avis médical l'adaptation a été le plus souvent mauvaise ; à l'inverse les enfants ayant bénéficié d'une prise en charge en I.M.Pro ont eu de meilleures chances d'intégration.

Remarquons les placements effectués par les parents, le plus souvent directement chez des patrons ; les orientations les plus fréquentes ont été l'agriculture et les métiers du bâtiment, dans des emplois non spécialisés.

En conclusion c'est étapes par étapes, au cours des années, que s'élabore l'avenir des handicapés intellectuels, par l'association et la succession en proportions diverses des moyens pédagogiques, médicaux, sociaux professionnels. En fait, l'adaptation sociale des déficients intellectuels n'est jamais terminée ni définitive.

BONNE ADAPTATION GLOBALE	6	14	23	14
ADAPTATION MODEREE AVEC FACTEURS PSEYCHOL. FAVORABLE	4	16	10	5
ADAPTATION MED. MOY. AVEC FACTEURS PSEYCHOL. DEFAVORABLE	8	21	12	3
MAUVAISE ADAPTATION GLOBALE	24	38	30	8
	SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL	PLACEMENT PAR PARENTS	PLACEMENT SUR CONSEILS de l'I./ .P.	PLACEMENT PAR l'INSTITUTION en I.M. Pro.

CHAPITRE III

La psychothérapie est le traitement de l'âme par l'âme, ou encore selon la définition de NODET "l'art de guérir grâce à ce moyen psychologique qu'est le dialogue".

Les psychothérapies de l'enfant se sont développées en même temps que se développait la psychanalyse. Le cas du petit Hans, première tentative de cure psychanalytique de phobie de l'enfant, par FREUD, date de 1909.

Mais un des caractères spécifiques des psychothérapies de l'enfant provient, dit DUCHE : "de la dépendance de celui-ci à l'égard de ses parents et du fait que ceux-ci viennent consulter surtout dans la mesure où ils sont gênés par son comportement. Ceci entraîne un manque évident d'objectivité de leur part. On ne saurait envisager une psychothérapie de l'enfant qui ne mette en question tout le groupe familial".

Le débile mental peut dans une certaine mesure bénéficier de toutes les techniques psychothérapiques habituelles pour l'enfants : jeu, dessin, expression dramatique, et surtout relaxation.

Le placement en I.M.P. est lui aussi une technique. Il ne consiste pas seulement en "une séparation d'avec un milieu familial nocif, ou en un enseignement spécialisé à propos d'un handicap scolaire, mais il réalise une véritable cure en vue d'une réadaptation sociale." DUCHE - entrant par là dans le cadre d'une psychothérapie institutionnelle.

Il serait erroné de penser que la juxtaposition d'actions médicales, psychologiques et pédagogiques, même si elles agissent dans une unité de lieu peuvent à elles seules faire évoluer convenablement le débile, on ne peut traiter à part, inintelligence et reste de la personnalité, une action psychothérapique est nécessaire, mais elle sera différente de celle adoptée pour un enfant normal, car on ne peut en effet assimiler l'intelligence et la structure mentale du débile à celle d'un enfant normal plus jeune.

Le débile mental est en effet caractérisé par des structures mentales fragiles et il risque par "... le quadruple mécanisme du déficit des acquis pratiques, de la fragilité des structures, du sentiments de dévalorisation et de la situation d'exclusion... d'être voué à travers l'échec, à la délinquance." FAU.

Cette fragilité mentale est due à l'angoisse qui elle-même découle "d'un conditionnement à l'échec" que subit le débile.

Quelle est l' étio logie de c s échecs ?

On peut les resumer en trois grands chapitres :

- les uns découlent de la débilité elle-même.
- les autres, des caractéristiques pathologiques (infirmité, dysproxiess etc.....)
- la méconnaissance des véritables problèmes posés par l'ar-rière.

Réduire cette angoisse sera donc un impératif majeur de la psychothérapie : de quelle manière ? Pour FAU il est indis-pensable :

- de faire accepter à l'enfant sa propre débilité
- valoriser à l'intérieur des limites é finies par les pos-sibilités
- Démystifier le monde.

Si la liquidation de l'angoisse n'est pas obtenue, on verra alors se développer des troubles caractériels qui sont des modes de défense du moi, et qui prendront les formes d'opposition, d'attitudes de repli et de revendication, colères etc..... C'est précisément la tâche de l'éducateur que

de "s'ingénier à découvrir des situations pédagogiques qui soient à la fois valorisantes et vraies en fonction de l'enfant considéré et ayant par là valeur de psychothérapie". FAU.

Mais l'abord psychopathologique est souvent rendu difficile par d'importantes troubles caractériels, entraînant des perturbations considérables de l'entourage, dans la classe, à l'atelier, rendent aléatoire l'action psychoéducative ; c'est pourquoi la chimiothérapie à visée sédatrice et anti-caractérielle se révèle souvent indispensable.

Parmi les produits à la disposition du thérapeute, la Pipampérone nous a semblé particulièrement intéressante.

L. R. 3345 ou Pipampérone est une butyrophénone sédatrice dont les effets sont intermédiaires entre le Fluanisone et le R. 1625. Il est moins dépressif que le Fluanisone. Les effets neuro-végétatifs, dépressifs et cardio-vasculaires sont moins marqués. Les propriétés anti-psychotiques sont nettement plus marquées pour le Pipampérone que pour le Fluanisone, mais très inférieures à celles du R. 1625.

Le Pipampérone est une butyrophénone carbamidée. Sa synthèse, comme celle des autres butyrophénones a été réalisée par le Dr. JANSSEN. La DL 50 par voie orale chez la souris est de 650 mg/kg et de 450 mg/kg par voie sous-cutanée. La mort survient par asphyxie progressive. On note une importante bradypnée avec légère arythmie ainsi que des troubles moteurs avec hypotonie. Des doses quotidiennes de 3-10 et 30 mg/kg pendant huit semaines n'ont amené aucune altération décelable.

Du point de vue pharmacologique on note une légère potentialisation de l'effet hypnotique du Thiopental, un antagonisme vis à vis de la Tryptamine, une sédation marquée, un pouvoir cataleptogène léger ; il possède des actions hypothermisantes, hypotensives. Il est adrénolytique et noradrénolytique. Il est peu parasymphatholytique. A faible dose il stimule la respiration, à forte dose il la déprime.

Les effets extra-pyramidaux sont plus fréquents qu'avec le Fluanisone aux doses usuelles, mais beaucoup moins marquées qu'avec le R. 1625. Ils sont très facilement réduits lorsqu'ils apparaissent, par les anti-parkinsonniens. Les effets secondaires sont surtout les effets déprimeurs de la vigilance ainsi que les effets déprimeurs cardio-vasculaires.

Nous avons étudié les effets chimiques du R 3345, présenté sous forme de comprimés dosés à 40 mg sur un groupe de plus de 50 enfants de 6 à 16 ans, en recherchant plus particulièrement les effets sur les troubles du comportement. Tous les sujets étaient des débiles mentaux légers ou moyens présentant des troubles du caractère.

Doses prescrites : variables entre 40 et 240 mg
doses moyennes, les plus efficaces :
120 mg prodic

Thérapeutiques associées : Anticomitiaux, Levopromazine,
Imipramine, Heptaminol, Trihexyphenidyle

Durée du traitement : 1 à 18 mois

Tolérance : Le plus souvent excellente, même après
une prise prolongée.
Les effets secondaires extra pyramidaux
sont quasi nuls aux doses moyennes.
Bonne tolérance tensionnelle.

Inconvénients : Somnolence diurne en début de traitement
avec fatigabilité accrue.
Efficacité transitoire dans certains cas.

Résultats cliniques :

Pour évaluer les résultats cliniques, nous avons demandé
aux éducateurs et aux instituteurs, de faire des rapports
bimensuels sur l'ensemble des groupes dont ils avaient la
charge, sans leur préciser qui était traité et comment.
Ont été considérés comme très bons et bons résultats, les
cas pour lesquels la sédation des troubles caractériels
a été nette et rapide de l'ordre d'une semaine et dont
l'amélioration s'est maintenue au-delà de trois mois.
Les résultats médiocres sont le fait de somnolence importante
empêchant la poursuite du traitement ou bien la résurgence
des troubles après une courte période de "tassement".

En résumé :

- 15 % de très bons résultats
- 30 % de bons résultats
- 30 % de résultats moyens
- 25 % de résultats médiocres ou nuls

Ainsi dans 45 % des cas nous avons assisté à une réduction considérable des impulsions, parfois classiques, des colères, de l'opposition.

En classe, amélioration du comportement, avec stabilité, meilleure attention permettant des acquisitions scolaires plus régulières. Avec l'éducateur, établissement de relations plus souples et moins violentes ; intégration au groupe, participation plus efficace aux activités.

Ainsi nous avons retrouvé comme beaucoup d'autres expérimentateurs, l'effet régulateur et harmonisateur caractéristique du Pipampéron.

Cette action équilibrante, permettant une meilleure action psychothérapique, est un facteur non négligeable d'une adaptation sociale satisfaisante.

CONCLUSION

L'adaptation socio professionnelle des débilos mentaux moyens et légers est une oeuvre longue et difficile.

L'impasse à laquelle aboutissent une action médicale, pédagogique et psychologique, travaillant séparément, a conduit à la notion d'unité de soins médico-psychopédagogiques.

A propos d'un exemple précis, celui de l'Institut Médico pédagogique de la "Roche Morna", nous avons essayé de réfléchir sur quelques unes des causes de désadaptation et sur leur devenir.

L'impression n tirée est que l'adaptation ne peut s'apprécier uniquement par un chiffre de bons et mauvais résultats, mais au niveau d'un bénéfice individuel, d'un épanouissement personnel.

Ce but justifie l'orientation résolument psychothérapique des débilités mentales dans un tel cadre.

CHEDRU-GUILLON G.

Possibilités de réadaptation pour les handicapés intellectuels hospitalisés en milieu psychiatrique sectorisé. 141 p. Thèse de Médecine. Paris 1968

DEBILITE MENTALE.

Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène mentale de l'Enfance.

DECHAUME J., GIRARD P., KOHLER C., THEVENIN L.

Le traitement médico-pédagogique des retardés intellectuels. Journal de Médecine de Lyon.

DEUSSINET

A propos de l'emploi et de l'insertion des débilés mentaux, moyens et profonds, en milieu rural.
Réadaptation 1968.

DUBOST M.

Le débile mental dans la société.
Revue d'Hygiène et Médecine sociale. N° 1 1970.

ENQUETE SUR LE PRONOSTIC DES TROUBLES DU CARACTERE CHEZ
L'ENFANT

Commission d'Etudes de Psychopathologie infantile
Congrès international de Psychiatrie. Paris 1950

FAU R., ANDREY J., LEMEN J., DENAUDT M.

Psychothérapie des débilés mentaux. 1966 P.U.F.

FREDY M.

Quelques considerations sur la reinsertion sociale
des déficients mentaux. 55 p. Thèse de Médecine
Paris 1965.

HAIN A.

Les notions de débilité mentale et de débilité
sociale. Thèse de Médecine 116 p. Paris 1956.

HEUYER G.

Introduction à la psychiatrie infantile.
P.U.F. 1967.

JAMPOLSKY et RIVET

Intelligence et valeur pronostique du premier
développement. Revue de Neuro Psychiâtrie Infantile
n° 7. 1959.

KOHLER et THEVENIN

Problèmes neuropsychiâtriques et médico-pédagogiques
de l'enfant. P.U.F. 1952

KOHLER C., KOHLER S., RICHE M.

Le jeune débile mental dans le monde normal du
travail. Vie sociale. 1969.

KIRKLAND

Institutions for the retarded. Their place in the
continuum of services. Mental Retarded 5.5.8.
Avril 1967.

LAUFON R.

Psychopédagogie médico sociale. P.U.F. 1950

LAURENT Ph., PHILONENKO A.

Le débile mental dans le monde du travail.

Bulletin d'Etudes et de Recherches Psychologiques
n. 213 à 400. 1961

LEVY C.

Résultats d'une enquête sur les jeunes débilés
mentaux. Concours Medical. 14. 4. 1970

LIGUE INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX
HANDICAPES MENTAUX.

Congrès international sur l'éducation et l'intégration
sociale des Handicapés Mentaux. Bruxelles
Octobre 1963.

MERLET L.

Techniques pour étudier l'adaptation professionnelle
et sociale des adolescents débilés mentaux.
In numéro spécial Enfance : nouvelles recherches
sur la débilité mentale. 1961.

NODAT A., LE PAGE F., RAUSCH N.

Les problèmes éducatifs et l'avenir des débilés.
Revue du Praticien. Juin 1966.

PECHOUX et collaborateurs.

Le débile mental à l'âge du service militaire.
Aspect social. Journal de Médecine de Lyon. 1958

PICHOT. HAIM. PERSE.

Débilité mentale, adaptation et adaptabilité sociale. Etude expérimentale. Revue de Psychologie appliquée. Paris 1957.

PORTET M.

L'enfant et les relations familiales. P.U.F. 1967

Réadaptation

Numéro spécial. L'éducation des enfants et adolescents déficients mentaux. Juin 1968.

STRICKLAND

Employment of the mentally retarded.
Exceptionnel Child. 34. 21. 4. Septembre 1967

U.N.C.R.

8ème congrès. Toulouse.
Mise au travail du déficient intellectuel.
Sauvegarde. 1957.

U.N.A.R.

14ème congrès. Lyon 1962
Evolution des techniques de réadaptation de l'enfant et de l'adolescent.
Sauvegarde n° 1. 2. 3. 1963.

U.N.A.R.

15ème congrès. Paris 1964.

Educations et traitement des déficients mentaux.

Bilan prospection d'avenir. Sauvegarde n° 1.2.3.
1965.

U.N.C.S.C.O.

13ème conférence internationale de l'instruction
publique. Recommandations ayant trait aux débil s
mentaux. 1965.

WAGNER

Discrimination of poor and good retarded workers
with the Hand-test. American Journal of Mental
Deficiency. 71. 12 8. Juill t 1966.

ZAZZ" R.

Les débilités mentales. Paris. Colin A. 1969.
1 volume de 500 pages.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

Imprimé et relié entièrement par
L' Association Générale des Etudiants en Médecine d'Angers .

